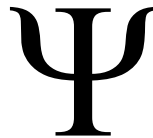




## DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



***Fra lidelse til relasjonell kompetanse:  
Bedrer dialektisk atferdsterapi interpersonlig fungering hos  
pasienter med Borderline personlighetsforstyrrelse?***

HOVEDOPPGAVE

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Linda Emilie Wangen**

Vår 2016

Veileder

Tone Fidje Blågestad

### **Abstract**

This paper evaluates the effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) in improving interpersonal functioning in patients diagnosed with Borderline personality disorder (BPD), presenting the results from both quantitative and qualitative studies. The paper includes the investigation of three different modes of the treatment; standardized DBT, modified DBT, and DBT skills training groups. Results from both quantitative and qualitative studies indicate that DBT is effective in improving interpersonal functioning in BPD patients, while the qualitative studies also among other things demonstrate some important connections between interpersonal functioning and other BPD symptoms, in addition to suggesting that DBT can be applied in the treatment of various patient groups and in different kinds of settings. Moreover, the results from the quantitative studies indicate that standardized DBT is more effective than modified DBT and DBT skills training groups. Though these results are promising, interpersonal functioning was treated only as a secondary measure in most of the quantitative studies, and the number of both types of studies meeting the inclusion criteria is relatively low. More research is needed in the field, where interpersonal functioning should be given more attention and treated as a primary measure.

*Key words: Dialectical behavior therapy, Borderline personality disorder, interpersonal functioning.*

### **Sammendrag**

Denne oppgaven evaluerer effektiviteten av dialektisk atferdsterapi (DAT) i forhold til bedring av interpersonlig fungering hos pasienter med Borderline personlighetsforstyrrelse (BPF), der resultater fra både kvantitative og kvalitative studier blir presentert. Oppgaven inkluderer undersøkelse av tre ulike former av den aktuelle behandlingen; standardisert DAT, modifisert DAT og DAT ferdighetstreningsgrupper. Resultatene fra både de kvantitative og de kvalitative studiene indikerer at DAT er effektivt for bedring av interpersonlig fungering hos BPF-pasienter, i tillegg til at de kvalitative studiene blant annet demonstrerer viktige sammenhenger mellom interpersonlig fungering og andre BPF-symptomer, samt foreslår at DAT er anvendelig i behandlingen av forskjellige pasientgrupper og i ulike typer settinger. Videre indikerer resultatene fra de kvantitative studiene at standardisert DAT er mer effektivt enn modifisert DAT og DAT ferdighetstreningsgrupper. Selv om disse resultatene virker lovende, ble interpersonlig fungering kun behandlet som en sekundærvariabel i de fleste kvantitative studiene, og antallet av begge typer studier som møtte inklusjonskriteriene er relativt lavt. Mer forskning trengs på området, der interpersonlig fungering burde bli viet mer oppmerksomhet, samt bli behandlet som en primærvariabel.

*Nøkkelord: Dialektisk atferdsterapi, Borderline personlighetsforstyrrelse, interpersonlig fungering.*

## Innhold

<b>Innledning</b> .....	7
Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse/Borderline personlighetsforstyrrelse .....	8
BPF/UPF: Diagnostiske retningslinjer og sammenligning av symptombilde .....	9
Prevalenstall for BPF .....	11
BPF: Etiologi og betydningen av tidlige relasjoner .....	11
Interpersonlig fungering og interpersonlige ferdigheter: Definisjoner .....	14
Relasjonsproblematikk forbundet med BPF .....	15
Relasjoner som beskyttelsesfaktor .....	16
Prognose: Holdningsendring og nyere kunnskap om BPF .....	18
DAT: Teori og praksis .....	20
Hva er dialektikk? .....	20
Aksept og endring i DAT .....	21
Målhierarki: De fire fasene i DAT .....	23
Telefonkonsultasjon og teamveiledning .....	23
Standard DAT , modifisert DAT og DAT ferdighetstreningsgrupper .....	24
<b>Metode</b> .....	25
Artikkelsøk .....	25
Inklusjonskriterier kvantitative studier .....	26
Inklusjonskriterier kvalitative studier .....	27
<b>Hoveddel 1: Kvantitative studier</b> .....	27
Beskrivelse av de inkluderte studiene .....	28
Inklusjon: De ulike anvendte måleinstrumentene .....	28
Eksklusjonskriterier .....	30
Alder, kjønn og utvalgsstørrelse .....	30
Interpersonlig fungering: Ulike synonymbegrep .....	31
Mål på interpersonlig fungering: Ulike skalaer .....	31
Målingstidspunkt og dropout-rater .....	32
Resultater .....	33
Standard 1-årig DAT .....	33
Modifisert DAT .....	34
DAT ferdighetstreningsgrupper .....	34

Oppfølging: Langsiktige resultater .....	35
<b>Hoveddel 2: Kvalitative studier fra pasientperspektivet .....</b>	<b>36</b>
1: Mann, 32 år: Standard DAT under vanlige betingelser .....	36
Bakgrunn .....	36
Endring i relasjonell kompetanse .....	36
2: BPF-pasienters meninger om viktige behandlingsmål og personlig tilfriskning .....	37
Veien mot tilfriskning – betydningen av relasjoner .....	37
3: «Kelly», 27 år: DAT kombinert med psykoanalyse .....	39
Bakgrunn .....	40
Relasjonell analyse av Kelly fra et dialektisk atferdsperspektiv .....	41
Utfyllende effekt av kombinasjonen DAT og psykoanalyse .....	42
4: «Ms L», 34 år: DAT utført ved et psykiatrisk høysikkerhetssykehus .....	44
Bakgrunn .....	44
Læring av relasjonell atferd under begrensede betingelser .....	45
5: Ms A, Ms B og Ms C: DAT utført i fengsel .....	46
Samlet bakgrunnsbeskrivelse for Ms A, Ms B og Ms C .....	46
Ms A: Relasjonell kontroll gjennom bruk av mindfulness .....	47
Ms B: Ferdighetstrening kombinert med en trygg terapeutisk relasjon .....	47
Ms C: Sinnekontroll og økt relasjonell kompetanse ved ferdighetstrening .....	48
Samlede resultater for Ms A, Ms B og Ms C .....	49
<b>Diskusjon .....</b>	<b>49</b>
Er interpersonlig fungering blitt viet nok oppmerksomhet i DAT-forskningen? .....	49
Hva kan de to ulike perspektivene bidra med? .....	50
Interpersonlig fungering, suicidalitet og selvskading .....	52
DAT kombinert med andre terapiformer .....	54
DAT utført under høysikkerhetsbetingelser .....	55
Når er DAT mest effektivt? Et nærmere blikk på resultatene .....	56
Er DAT mer effektivt enn andre terapiformer tilpasset BPF-pasienter? .....	59
Hvorfor er DAT effektivt på lang sikt? .....	59
Metodologiske vurderinger .....	60
Er resultatene valide og generaliserbare? .....	60
Dropout: Hva er årsaken til dette? .....	62
Veien videre .....	63

Konklusjon.....	64
<b>Referanser .....</b>	<b>66</b>
<b>Appendix .....</b>	<b>78</b>

## Innledning

Dialektisk atferdsterapi (DAT) er den psykososiale intervensjonen for Borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) som både har fått mest empirisk oppmerksomhet (Kroger et al., 2010), og mest empirisk støtte (Lieb, Zannarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004; Yen, Johnson, Costello, & Simpson, 2009). Som en kompleks behandlingsform bygger den på et mangfoldig teoretisk grunnlag med røtter i både læringsteori, kognitiv teori, dialektisk filosofi og zenbuddhistisk filosofi (Kåver & Nilsson, 2005). Terapien er en form for kognitiv atferdsterapi (KAT), men skiller seg fra standard KAT blant annet ved at den vektlegger den terapeutiske relasjonen i formingen av mer adaptiv atferd, samt fokuserer på å oppnå dialektisk balanse eller en syntese mellom ulike synspunkt eller polare spenninger. Den mest fundamentale dialektikken i DAT er imidlertid dialektikken mellom aksept og endring, eller validering og problemløsning (Low, Jones, Duggan, MacLeod, & Power, 2001).

Selv om alle evidensbaserte behandlingsformer for BPF inkluderer strategier for å bedre interpersonlig fungering, er det fremdeles ikke klart om disse behandlingsformene er effektive for dette formålet (Sinnaeve, van den Bosch, & van Steenbergen-Weijenburg, 2015). Å bedre interpersonlig fungering hos pasienter med BPF er imidlertid et svært sentralt behandlingsmål, da kronisk og alvorlig dysfunksjon i interpersonlig fungering i følge *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV) regnes som et kjernesymptom både for BPF og for personlighetsforstyrrelser generelt (Hengartner, Muller, Rodgers, Rossler, & Ajdacic-Gross, 2014; Stepp, Hallquist, Morse, & Pilkonis, 2011). Til tross for dette, er det blitt rettet lite oppmerksomhet mot interpersonlig fungering som et problemområde innen DAT-forskningen, da de fleste studier som har dokumentert bedring i BPF-symptomer, først og fremst har fokusert på selvskadning, suicidalitet og antall dager tilbrakt på sykehus før og etter behandling (Andreasson et al., 2016; Courtney & Flament, 2015; Freeman, James, Klein, Mayo, & Montgomery, 2016; Kliem, Kroger, & Kosfelder,



2010; Mehlum et al., 2014) Spørsmålet om DAT, som allerede er en anerkjent behandlingsform for BPF, bedrer interpersonlig fungering hos pasienter med denne lidelsen, er derfor et spørsmål som er verdt å undersøke nærmere, og som i denne oppgavens hoveddel vil besvares både gjennom kvantitative studier og kvalitative studier, der sistnevnte tar for seg pasientperspektivet. I forhold til en slik vinkling, blir det videre interessant å utforske hvordan de to typene studier på hver sin måte bidrar til kunnskap på feltet, med vekt på om pasientperspektivet kan bidra med noe eget som de kvantitative studiene ikke kan. Finnes det for eksempel tydelige sammenhenger mellom visse typer BPF-symptomer som de kvantitative studiene ikke har mulighet til å fange opp, og kan de kvalitative studiene si noe om hvordan pasientene selv ser på ulike problemstillinger knyttet til behandling og personlig tilfriskning? Hva slags implikasjoner kan dette i så fall ha for fremtidig klinisk praksis? Disse spørsmålene vil det kommes tilbake til i diskusjonen.

Før oppgavens problemstilling besvares, vil det først gjøres rede for hvorfor det diagnostiske begrepet BPF i denne konteksten vil anvendes framfor begrepet «Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse» (UPF), der diagnostiske retningslinjer og symptombilde for disse diagnosene vil bli sammenlignet. Deretter vil prevalens og kausalitet for BPF bli presentert, tett fulgt av relevante begrepsdefinisjoner relatert til interpersonlig fungering. Videre vil det tas et grundigere blikk både på relasjonsproblematikken forbundet med denne diagnosen, samt på relasjoner som en generell beskyttelsesfaktor, for slik å framheve relevansen av oppgavens problemstilling. Prognose og holdningsendringer i forhold til BPF vil til slutt bli beskrevet i korte trekk, før det tas en grundigere gjennomgang av DAT som behandlingsform.

### **Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse/Borderline personlighetsforstyrrelse**

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (UPF) er den diagnostiske betegnelsen som brukes i diagnosesystemet *The International Classification of Diseases, Tenth Edition*

(ICD-10), og er den diagnosen som tilsvarer BPF i DSM-IV. Fordi begrepet BPF er det begrepet som tilnærmet uten unntak er blitt brukt i de benyttede kildene som det refereres til i denne oppgaven, vil dette begrepet konsekvent anvendes i denne oppgaven, til tross for at UPF ville vært det mest foretrukne begrepet i en hvilken som helst annen sammenheng med valgfri begrepsanvendelse. Årsaken til en slik preferanse, er at betegnelsen UPF tar utgangspunkt i det som betraktes som pasientens sentrale problem; de ustabile følelsene. Borderlinebegrepet, derimot, er i seg selv misvisende, da dette begrepet stammer fra en gammel modell utviklet av psykoanalytikeren Adolf Stern i 1938, som mente at denne pasientgruppen befant seg på grensen mellom nevrose og psykose på et kontinuum fra normal over nevrose til psykose (Kåver & Nilsonne, 2005; Paris, 2005). Begrepet «Borderline» er for øvrig kommet til å bli brukt på en måte som kan oppleves krenkende for pasienten, da det ofte er blitt anvendt for å beskrive kvinnelige pasienter som anses som brysomme, provoserende og /eller manipulerende. I tillegg er begrepet assosiert med et uberettiget negativt syn på prognosen (Kåver & Nilsonne, 2005). Det er i det store og det hele viktig å ha i tankene at diagnosen er til for pasienten, og da kan det være hensiktsmessig å velge den betegnelsen som er mest korrekt for beskrivelsen av pasientens utfordringer, og som er forbundet med færrest mulig negative assosiasjoner. Det skal nå gås videre inn på begge de to diagnostiske begrepene i forhold til likheter og forskjeller, da disse begrepene som oftest benyttes om hverandre i den kliniske praksisen.

### **BPF/UPF: Diagnostiske retningslinjer og sammenligning av symptombylde**

Både BPF og UPF er diagnoser som stilles i to trinn i følge DSM-IV og ICD-10. Først må det avdekkes at det ligger en personlighetsforstyrrelse til grunn, noe som gjøres ved en gjennomgang av de diagnostiske kriteriene for personlighetsforstyrrelser. Kriteriene for personlighetsforstyrrelse i de to diagnosesystemene er tilnærmet like i innhold og omfang. For

å få et lite innblikk i hva en personlighetsforstyrrelse er, kan et avsnitt som beskriver generelle kjennetegn på personlighetsforstyrrelser i ICD-10 være til hjelp:

Forstyrrelsene omfatter dypt innarbeidede og vedvarende atferdsmønstre som kommer til uttrykk gjennom rigide reaksjoner på et bredt spekter av personlige og sosiale situasjoner. De representerer enten ekstreme eller betydelige avvik fra måten et gjennomsnittsindivid i en gitt kultur opplever, tenker, føler og særlig forholder seg til andre individer på. Slike atferdsmønstre har tendens til å være stabile og omfatter mange former for atferd og psykisk fungering. De er ofte, men ikke alltid, forbundet med varierende grader av subjektive plager og problemer i forbindelse med sosial fungering og sosiale ferdigheter. (*ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*, 2007)

En personlighetsforstyrrelse kommer altså til uttrykk gjennom vedvarende og stabile måter å tenke, føle og handle på, som ansees som avvikende i den gitte kulturen, og som vanligvis er forbundet med subjektiv lidelse og problemer i sosiale relasjoner.

Når det er avklart at en har med en personlighetsforstyrrelse å gjøre, kan en gå videre til de diagnostiske kriteriene for den mer spesifikke personlighetsforstyrrelsen BPF eller UPF. Mens DSM-IV har en liste med 9 kriterier for BPF, der pasienten må oppfylle minst 5 av disse, har ICD-10 beskrevet diagnosen UPF i et sammenhengende tekstavsnitt uten helt klare krav til antall av de nevnte symptomene som må være til stede for at diagnosen skal kunne stilles. ICD-10 deler diagnosen for øvrig inn i to undertyper; impulsiv type og borderline-type. Om det tas utgangspunkt i å sammenligne BPF og UPF borderline-type, finner en at disse diagnosene er svært overlappende, der fellestrekkene for disse diagnostiske termene er følelsesmessig ustabilitet, frykt for separasjoner og bestrebelser for å unngå dette, ustabile og intense mellommenneskelige relasjoner, forstyrret/ustabilt selvilde og identitet, tendens til å

handle impulsivt uten å tenke på konsekvensene som kan være alvorlige for personen selv, selvskadende og suicidale handlinger/trusler, kronisk tomhetsfølelse og utbrudd med intenst sinne som kan føre til vold/fysiske angrep. I tillegg til disse punktene, har DSM-IV et punkt for «paranoide tanker eller alvorlige dissosiasjonssymptomer», som en ikke finner i beskrivelsen av UPF i ICD-10. Som en kort oppsummering, kan BPF/UPF deles inn i fire problemområder identifisert av Linehan (1993); ustabilitet i følelesregulering, impulskontroll, interpersonlige relasjoner og selvbylde. Hver av disse områdene adresseres i DAT gjennom hver sin ferdighetsmodul, noe som vil kommes tilbake til senere i innledningen.

### **Prevalenstall for BPF**

Prevalenstallene for BPF varierer stort sett mellom 1 % og 2 % i Vesten eller i den generelle befolkningen (Kåver & Nilsonne, 2005; Lieb et al., 2004; Paris, 2005), og livstidsprevalensen for denne lidelsen er målt til å være opp til 6 % (Fonagy & Luyten, 2009). I gjennomsnitt er lidelsen dobbelt så vanlig hos kvinner som hos menn, og pasientgruppen er overrepresentert i både somatisk medisin og i psykisk helsevern, der opp til 20 % av psykiatriske innlagte pasienter, samt 10 % av psykiatriske pasienter som ikke er innlagt, er personer med BPF (Kåver & Nilsonne, 2005; Lieb et al., 2004). En har altså å gjøre med en pasientkategori med høy sykkelighet både fysisk og psykisk, der omtrent 10 % av disse pasientene dør for tidlig, hovedsakelig av suicid, som tilsvarer en suicidrisiko som er 50 ganger høyere enn hos den generelle befolkningen (Kåver & Nilsonne, 2005; Lieb et al., 2004). Slik informasjon taler i det store og det hele for at det trengs økt fokus på den terapeutiske innsatsen for disse pasientene.

### **BPF: Etiologi og betydningen av tidlige relasjoner**

Kausale faktorer for utvikling av BPF er kun delvis kjent, men mye tyder på at både gener og tidlig sosialt samspill bidrar i denne utviklingen. Når det kommer til gener, tyder en stor internasjonal studie utført på norske tvillinger, på at grad av arvelighet for kriterier på

personlighetsforstyrrelser varierer mellom 20,5 % og 40,9 %. Betydningen av miljøfaktorer varierer imidlertid mellom 59,1 % og 79,5 %, altså betydelig mer (Kendler et al., 2008). Det vil derfor være miljøfaktorene som vil vies mest oppmerksomhet i dette avsnittet.

At miljøet er tenkt å være viktig for barnets utvikling, kommer blant annet tydelig fram gjennom flere teoretiske og empiriske bidrag fra det mer moderne psykodynamiske perspektivet, som tar for seg psykososial utvikling hos barn. Gjennom forskning på barn helt ned i spedbarnsalderen, er det blitt anerkjent at små barn helt fra fødselen av, er sosiale vesener som inngår i sosialt samspill med sine omsorgspersoner, der disse tidlige relasjonene er blitt tillagt stor betydning for barnets videre psykososiale utvikling (Fonagy, Gergely, & Target, 2007; Stern, 2012; Striano, 2001). I ett av disse bidragene, som for øvrig kommer fra Fonagy og kolleger (2007) og har røtter i tilknytningsteori, vektlegges viktigheten av at omsorgsfulle, oppmerksomme og ikketruende voksne må ha forstått barnets mentale tilstander på en tilstrekkelig måte dersom barnet selv skal kunne utvikle forståelse for andre menneskers mentale tilstand. Denne evnen til å forstå seg på både egen og andres atferd utfra en sannsynlig indre tilstand (tanker, følelser og ønsker), er det som menes med evnen til å mentalisere, også kjent som «theory of mind», og regnes som en av de viktigste måloppnåelsene rent utviklingsmessig. I følge Fonagy og Bateman (2008), utvikles denne evnen i en tilknytningskontekst til andre, der en forstyrrelse i denne utviklingen er sett på som et hovedaspekt i psykopatologien man ser hos pasienter med BPF. Den viktigste årsaken til slik forstyrrelse, er psykologisk traumatisering tidlig eller sent i barndommen, som undergraver kapasiteten til å tenke rundt mentale tilstander, eller evnen til å gi narrative redegjørelser for ens tidligere relasjoner (Fonagy & Bateman, 2008). På bakgrunn av denne mentaliseringsmodellen, er behandlingsformen *mentaliseringsbasert terapi* (MBT) videre blitt utviklet for pasienter med BPF, en terapiform som setter fokus på å styrke pasienters evne til mentalisering.

DAT tar utgangspunkt i en etiologisk modell som er forenlig med funnene om at både gener og tidlig sosialt samspill eller miljø spiller en rolle for utviklingen av interpersonlig dysfunksjon i BPF; Linehan's biososiale teori. Ut fra denne, oppstår BPF når en følelsesmessig sårbar person vokser opp i et miljø der emosjonell invalidering fra andre resulterer i emosjonell og atferdsmessig dysregulering (Linehan, 1993). Personen blir da utlevert til sterke og uhåndterbare følelser, som i neste omgang fører til problematferd, som for eksempel selvmordsforsøk eller selvskading (Kåver & Nilsonne, 2005). Hvor mye gener og miljø spiller inn for hver enkel BPF-pasient, kan imidlertid variere i større eller mindre grad. Dersom barndomstraumene er alvorlige nok, behøver ikke personen nødvendigvis være mer følelsesmessig sårbar enn hva et gjennomsnittsmenneske er, mens i andre tilfeller kan personer som er svært genetisk sårbare utvikle denne lidelsen til tross for at alvorlige traumer ikke ligger til grunn (Robins, 1999).

I tråd med tanken om at miljøet spiller en stor rolle for barns videre psykososiale utvikling, finnes det mye forskning som støtter opp om dette. I en studie av Yen og kolleger (2002), ble det for eksempel funnet at deltakere med BPF rapporterte om mer traumatisk eksponering, mer symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD), samt den laveste alderen for den første traumatiske hendelsen, sammenlignet med deltakere med andre personlighetsforstyrrelser og deltakere med depresjon. I en annen studie av Johnson og kolleger (1999) ble det tatt utgangspunkt i barn som var registrert i barnevernet på grunn av overgrep og omsorgssvikt, der de ved videre oppfølging fant at risikoen for å få en personlighetsforstyrrelse i voksen alder var fire ganger så stor for disse barna, sammenlignet med andre barn. I tillegg ble det i begge disse studiene funnet at diagnosen BPF var spesielt assosiert med traumer av typen seksuelle overgrep i barndommen. Slike funn er med på å bekrefte antagelsene om at barnets oppvekstmiljø kan være avgjørende for barnets videre

psykososiale utvikling, der en ofte ser en sammenheng mellom en persons erfaringer i tidlige relasjoner og personens senere utvikling av blant annet interpersonlig psykopatologi.

### **Interpersonlig fungering og interpersonlige ferdigheter: Definisjoner**

Begrepet «interpersonlig fungering» blir mye brukt i forskningslitteraturen som omhandler BPF og andre psykologiske og psykiatriske fenomen, men ofte uten å presentere en videre definisjon på begrepet (Hengartner et al., 2014; King-Casas & Chiu, 2012; Lazarus, Cheavens, Festa, & Zachary Rosenthal, 2014). Av denne årsaken, har det vært noe vanskelig å finne en god definisjon på begrepet til denne oppgaven, men dersom en tar utgangspunkt i å først og fremst definere begrepet «interpersonlig» kan interpersonlig fungering defineres som en type fungering som enten «er, relaterer til, eller involverer relasjoner mellom personer» ("Merriam-Webster.com," 2015, min oversettelse). Da begrep som «interpersonlig fungering», «interpersonlig atferd», «interpersonlige relasjoner» og «interpersonlige problemer» som oftest brukes om hverandre, kan en slik måte å definere begrepet på, være en god løsning, ved at en gjennom å definere «interpersonlig» også kan definere alle disse andre begrepene. Andre relaterte begrep som «sosial fungering», «psykososial fungering» og «sosial tilpasning» er også begrep som er blitt brukt for å beskrive eller måle aspekter ved interpersonlig fungering i flere ulike studier, inkludert mange av de som skal bidra med å besvare denne oppgavens problemstilling. Når det videre kommer til begrepet «interpersonlige ferdigheter» («interpersonal skill») sier dette noe om hva som er «god» interpersonlig fungering, og kan defineres som «evne til å opprettholde effektive relasjoner til andre, som å samarbeide, kommunisere tanker og følelser, anta passende sosialt ansvar og utvise adekvat fleksibilitet» (Corsini, 2002, min oversettelse). Denne definisjonen beskriver interpersonlige former for samspill som ofte er sterkt redusert hos pasienter med BPF, og i DAT blir bedring av dette samspillet blant annet adressert gjennom ferdighetsmodulen

«interpersonlig effektivitet», som det skal kommes tilbake til i avsnittet om DAT senere i innledningen.

### **Relasjonsproblematikk forbundet med BPF**

Personer med BPF er svært sensitive til miljømessige omstendigheter, med en merkverdig interpersonlig reaktivitet som har vært sentral for karakteriseringen av lidelsen siden dens tidligste beskrivelser i den psykiatriske litteraturen (Sinnaeve et al., 2015). Denne reaktiviteten resulterer i en tendens til å oppleve negativ affekt mot andre, feiltolke nøytrale situasjoner, føle seg sosialt avvist under normative inklusjonsbetingelser, ha vansker med tillit og samarbeid, demonstrere svekket evne til sosial problemløsning, samt rapportere høyere voldsnivå i romantiske forhold (Lazarus et al., 2014; Lis & Bohus, 2013; Schmahl et al., 2014). I tillegg til disse vanskene, fungerer ofte følelse av ensomhet, oppfattet avvisning, feiling i- og brudd på relasjoner som triggere eller forløpere til suicidforsøk og ikkesuicidal selvskading hos personer med denne lidelsen (Brodsky, Groves, Oquendo, Mann, & Stanley, 2006; Welch & Linehan, 2002), et tema som vil kommes tilbake til senere i oppgaven. For å vise til mer konkret forskning på feltet, er det blitt dokumentert en forbindelse mellom BPF og generell interpersonlig fungering (Selby, Braithwaite, Joiner, & Fincham, 2008), der det blant annet i en studie av Bagge og kolleger (2004) ble funnet at BPF-trekk var signifikant relatert til sosial mistilpasning, der dette utfallet var sterkest assosiert med impulsivitet og affektiv ustabilitet. Disse funnene foreslår, i følge Bagge og kolleger, blant annet at impulsiviteten og den affektive ustabiliteten assosiert med BPF fører til svekket evne i å relatere seg til andre på en god måte, samt i å møte obligasjonene for sosiale roller. I en annen studie av Russel og kolleger (2007), ble både gjennomsnittsnivå av og intraindividuell variasjon i interpersonlig atferd hos personer med BPF undersøkt, der funnene talte for at denne gruppen generelt var mindre dominante, mer underdanige, mer krangleverne og mer ekstreme i sin interpersonlige atferd sammenlignet med en kontrollgruppe. Personer med BPF



utviste i tillegg mer variasjon i interpersonlig atferd som dominans, kranglevorenhet og vennlighet sammenlignet med kontrollgruppen. I en tredje studie utført av Zeigler-Hill og Abraham (2006) ble det konkludert med at personer med BPF-trekk ser ut til å respondere på interpersonlig stress med følelse av avvisning. I følge Fonagy og kolleger, som tidligere antydte, utviser personer med BPF slike forstyrrelser i interpersonlig atferd på grunn av en svekket eller mangelfull evne til mentalisering. Flere studier støtter opp om denne antagelsen når det kommer til mer komplekse former for mentalisering, der det i tillegg er blitt funnet evidens for at økt nivå av traumatiske hendelser i barndommen var assosiert med lavere mentaliseringsevne (Petersen, Brakoulis, & Langdon, 2015; Preissler, Dziobek, Ritter, Heekeren, & Roepke, 2010). Det er videre blitt demonstrert at ungdom med BPF har tendens til å «hypermentaliserer», som er en overdreven, inakkurat form for mentalisering, snarere enn en mangel på mentalisering eller undermentalisering (Sharp et al., 2013; Sharp et al., 2011).

Det er ellers verdt å nevne at relasjonene til personer med BPF ofte er karakterisert av veksling mellom ekstrem idealisering og ekstrem devaluering av den andre, noe som ofte forårsaker «splitting» av helsepersonell som tar seg av pasienten, en mekanisme som ved psykodynamiske teorier er blitt forklart som en aktivering eller eksternalisering av pasientens «splittede» indre verden (Swenson, Sanderson, Dulit, & Linehan, 2001). Ved å behandle én person som det «gode» objektet, og en annen som det «onde» objektet, skapes det ofte intense uenigheter angående pasienten blant helsepersonell, som er mye av årsaken til denne gruppens fordommer rettet mot BPF-pasienter, noe som vil kommes tilbake til i et senere avsnitt.

### **Relasjoner som beskyttelsesfaktor**

Når det nå er blitt mer klart hva en legger i uttrykket «ustabile og intense relasjoner» hos pasienter med BPF, er det lett å se for seg at slike relasjoner lett kan bli en betydelig sårbarhetsfaktor. På den annen side, vil et godt og velfungerende sosialt nettverk tenkes å være en viktig beskyttelsesfaktor og dermed en styrke hos pasienten. I tråd med dette, finnes

det en hel del forskning som støtter opp om betydningen sosiale relasjoner har for livskvalitet og livslengde hos den generelle befolkningen. En studie utført av Lester og kolleger (2015) viste for eksempel at det å ha støtte fra skolekamerater var en av flere beskyttende faktorer for mentalt og emosjonelt velvære hos australske barn i alderen 11-14 år i overgangen fra barneskolen til ungdomsskolen, i tillegg til at det å ha tilknytning til lærere var en beskyttende faktor for emosjonelt velvære. I en annen studie utført av Van Zalk og kolleger (2015) viste resultatene at tilknytning til mødre, fedre og venner til sammen predikerte reduksjon i sosial angst hos ungdommer, samt fungerte som beskyttende faktorer mot økning i sosial angst over tid. I en tredje studie utført av Lee og kolleger (2016) ble det videre funnet at høyere oppfattet kvalitet på sosiale relasjoner reduserte suicidalitet hos koreanske kvinner og menn. Som denne studien indikerer, spiller kvaliteten på de sosiale relasjonene en viktig rolle, noe en økende mengde forskningslitteratur støtter opp om. Negative eller mangelfulle sosiale interaksjoner kan altså bli stressorer i seg selv, og ha skadelige konsekvenser både for ens mentale og fysiske helse (Hostinar, 2015). Et eksempel på dette, kommer blant annet fram i en studie av Mueller og kolleger (2015), der det ble funnet at unge voksne som hadde familiemedlemmer eller venner med suicidforsøk bak seg, hadde større sannsynlighet for å rapportere om suicidale tanker eller faktiske forsøk på suicid både på kort og lang sikt. I en annen studie av Tucker og kolleger (2015), som undersøkte bruk av narkotiske stoffer hos unge personer bosatt i forulempede urbane strøk, fant en at oppmuntring til slik atferd fra familie og venner, samt det å ha venner som selv brukte narkotiske stoffer, var assosiert med økt bruk av slike stoffer hos deltakergruppen. Oppmuntring fra venner til *ikke* å bruke narkotiske stoffer, var derimot assosiert med redusert risiko for bruk av disse stoffene. Studien konkluderte med at sosiale nettverk ser ut til å være viktige både for å promotere og forebygge bruk av narkotiske stoffer hos disse deltakerne.

Ut fra slike funn blir det tydelig at sosiale relasjoner og nettverk både kan fungere som beskyttelsesfaktorer og som sårbarhetsfaktorer, avhengig av kvaliteten på disse relasjonene. Det er ut fra dette lett å tenke seg at personer med BPF, som ofte involverer seg i ustabile og intense relasjoner til andre mennesker, har mange lavkvalitetsrelasjoner som bidrar til økt stress og symptomnivå, framfor beskyttelse mot dette. Av disse grunnene, er det så å si avgjørende å ha fokus på interpersonlig fungering i behandlingen av disse pasientene, da gode og stabile relasjoner til andre mennesker vil kunne bedre livskvaliteten til disse pasientene betraktelig.

### **Prognose: Holdningsendring og nyere kunnskap om BPF**

Inntil ganske nylig har BPF vært ansett som en kronisk pågående tilstand med dårlige prognostiske utsikter, og som det ikke har eksistert noen effektiv behandling for. I dag har imidlertid disse kliniske antagelsene endret seg i takt med en ny forskningsbølge som indikerer at prognosen for BPF er forbedret for de fleste pasienter dersom de mottar én av de flere effektive, evidensbaserte behandlingsformene som nå er utviklet for pasienter med BPF (Grenyer, 2013). I tillegg til bedring gjennom effektiv behandling, viser forskning at symptomene gjennom lidelsens løp er mindre stabile enn tidligere antatt (Lieb et al., 2004). De fleste pasienter blir bedre med tiden, der omtrent 75 % gjenoppnår tilnærmet normal fungering innen de er 35-40 år, og 90 % vil bli friske innen fylte 50 år (Paris, 2005). Mekanismene for slik spontan bedring i BPF er kun delvis kjent, men noen av faktorene som bidrar i denne prosessen er at impulsiviteten minker med økt alder og at pasientene med tiden lærer å unngå de situasjonene som gir dem mest problemer, samtidig som de finner nisjer som gir dem den strukturen de trenger (Paris, 2005). At bedring oppnås med tiden er gode nyheter, men med tanke på at BPF er en lidelse der minst noen av symptomene oppstår allerede sent i barndommen (Lieb et al., 2004), og at dødeligheten i denne pasientgruppen er 10 % , hovedsakelig grunnet vellykkede suicidforsøk, kan en ikke sitte og vente på en slik type

bedring. Tidlige intervensjoner med psykoterapi er derfor å foretrekke, der blant annet DAT, MBT og overføringsfokusert psykoterapi (TFP) nå gjennom store mengder forskningslitteratur er kjent for å være effektive behandlingsformer for pasienter med BPF (Grenyer, 2013). Begge de to sistnevnte terapiformene har utspring i det psykodynamiske perspektivet, der MBT som nevnt fokuserer på å styrke mentaliseringsevnen (Fonagy & Luyten, 2009), mens TFP er basert på Kernbergs objektrelasjonsmodell som fokuserer på integrasjon av de splittede delene av selvet og objektrelasjonene ettersom de oppstår i relasjonen med terapeuten gjennom overføringsmekanismer (Kernberg, Yeomans, Clarkin, & Levy, 2008).

Fremdeles finnes det negative holdninger og fordommer rettet mot pasienter med BPF blant helsepersonell, noe som i seg selv kan stå i veien for effektiv omsorgsgiving i arbeid med disse pasientene (Knaak, Szeto, Fitch, Modgill, & Patten, 2015). Tendensen er imidlertid at ettersom kunnskapen om lidelsen, samt kunnskap om effektive behandlingsformer øker, avtar disse holdningene i betydelig grad. I en studie av Krawitz (2004) fremkommer et eksempel på dette, der klinikers holdninger til å arbeide med pasienter med BPF endret seg i positiv retning etter et todagerskurs, der de ble informert om ulike aspekter ved diagnosen, samt etiologi, prognose og behandling, kombinert med en detaljert diskusjon om behandlingsprinsippene i den offentlige settingen som klinikerne befant seg i. I en lignende studie av Knaak og kolleger (2015) ble det funnet at et tretimers kurs om BPF og DAT bedret både holdningene og atferdsintensjonene blant helsepersonell som jobbet med denne pasientgruppen. Tilegnelse av nyere kunnskap om BPF og effektive behandlingsformer ser altså ut til å endre det tidligere utbredte, negative synet på både lidelsen i seg selv og lidelsens prognostiske utfall.

**DAT: Teori og praksis**

DAT ble utviklet av Marsha Linehan (Linehan, Tutek, Heard, & Armstrong, 1994), og er en terapiform som opprinnelig var tiltenkt parasuicidale pasienter som oppfylte kriteriene for BPF. Parasuicidal atferd defineres her som atferd som inkluderer både intensjonell ikkesuicidal selvskading, samt faktiske suicidforsøk (Shearin & Linehan, 1994). I forhold til diagnosen BPF tar DAT som nevnt utgangspunkt i en biososial teori der BPF primært blir sett som en dysfunksjon i emosjonsreguleringen som gjennom DAT tenkes å adresseres gjennom ulike, parallelle behandlingskanaler - individualterapi, ferdighetstrening, telefonkontakt, samt terapeutrettet teamveiledning som tilsammen skal hjelpe pasienten på best mulig måte å nå sine mål (Kåver & Nilsonne, 2005). Den mest fundamentale dialektikken er som tidligere nevnt dialektikken mellom aksept og endring, eller validering og problemløsning (Low et al., 2001).

*Hva er dialektikk?*

Ordet «dialektikk» kommer fra gresk og betyr «kunsten å diskutere». Dialektikk kan dermed forstås som å se flere sider av en sak, eller som å sette argument opp mot argument for å komme fram til nye innsikter. I DAT settes det fokus på det å lære å leve med motsetningsfulle aspekter, da pasientene som regel har tendenser til å se dikotomt på tilværelsen, der tanker, følelser og atferd pendler mellom ytterpunktene på en ubehagelig og ukontrollert måte (Kåver & Nilsonne, 2005). Gjennom en dialektisk tankegang forsøker terapeuten å lede pasienten vekk fra en «enten-eller-holdning» mot en «både-og-holdning» (Linehan, 1993). Å se dialektisk på tilværelsen krever altså en høy grad av fleksibilitet som pasientene må lære å ta i bruk i eget liv. Dialektikken mellom aksept og endring er som sagt det viktigste dialektiske dilemmaet, der en både må formidle til pasienten at hun er god nok som hun er, *og* at hun samtidig må forandre seg (Kåver & Nilsonne, 2005). DAT er på den

måten en syntese av både validering og aksept av pasienten på den ene siden, og vedvarende oppmerksomhet på endring av atferd på den andre (Linehan et al., 1999).

### *Aksept og endring i DAT*

I DAT's arbeid med endring i individualterapien innføres det forutsetninger for nylæring ved å skape andre og mer helbredende forsterkningskontingenser enn de pasienten er vant til, det vil si skape nye sammenhenger mellom situasjon, atferd og konsekvenser i pasientens miljø (Kåver & Nilsonne, 2005). I dette arbeidet settes det blant annet opp detaljerte atferdsanalyser knyttet til pasientens problematferd, for slik å bevisstgjøre pasienten på forløperne, utløserne og konsekvensene av slik atferd, og for deretter å utforske alternative og mer ferdighetsorienterte responser (Shearin & Linehan, 1994). Et annet uttrykk for helbredende forsterkningskontingenser i DAT er det gjennomgående veiledende prinsippet om at terapeuten *aldri* må forsterke selvdestruktiv atferd, ved for eksempel å reagere med ekstra mye omsorg når pasienten har skadet seg. Derimot tas de sterke følelsene som en antar at ledet til selvdestruktivitet på alvor, og valideres som ekte og forståelige, noe som demonstrerer hvordan terapeuten ivaretar balansen mellom aksept av pasienten og nødvendig endring av atferd i terapitimene (Kåver & Nilsonne, 2005). Det er ellers verdt å merke seg at endring også kan innebære å lære å akseptere seg selv og virkeligheten slik den er.

De to ferdighetsmodulene i DAT som først og fremst fokuserer på aksept, er *mindfulness* («mindfulness») og *stresstoleranse* («distress tolerance»), og er henholdsvis tenkt å adressere de to problemområdene ved BPF som har med ustabilt selvbylde og impulsiv atferd å gjøre (Miller, Wyman, Huppert, Glassman, & Rathus, 2000). Mindfulness kan oversettes til «oppmerksomt nærvær», og legger grunnlaget for læring av alle de andre ferdighetene. Målet med mindfulness går ut på å bli bevisst og oppmerksom på nuet, framfor å ha oppmerksomheten fordelt mellom fortiden og framtiden. Deltakerne lærer å observere og

beskrive hendelser, tanker, følelser og kroppslig sansning, samt å delta fullt ut i egne handlinger og opplevelser på en ikkedømmende måte, der de fokuserer på én ting av gangen og reorienterer oppmerksomheten tilbake til nuet dersom de blir distraheret. Det å for eksempel observere og beskrive en smertefull følelse, kan skape distanse til følelsen og gjøre den lettere å håndtere, og greier man å unngå å dømme en opplevelse, kan den bli mindre følelsesladd (Kåver & Nilsonne, 2005; Soler et al., 2009). Videre tar ferdigheter i stresstoleranse for seg læring av aksept av smertefulle følelser uten forsøk på å endre dem. Modulen er delt inn i kortsiktige krisestrategier i å tolerere stressende situasjoner uten å reagere, og langsiktige strategier, der en lærer å akseptere de aspektene ved virkeligheten som sannsynligvis ikke kommer til å endre seg, som ved ferdigheten *radikal akseptering* (Soler et al., 2009).

De to andre ferdighetsmodulene i DAT fokuserer først og fremst på endring, og inkluderer *interpersonlig effektivitet* («interpersonal effectiveness») og *emosjonsregulering* («emotional regulation»), og er tenkt å skulle ta for seg de BPF-kriteriene som har med interpersonlig og affektiv ustabilitet å gjøre (Miller et al., 2000). Interpersonlig effektivitet tar for seg trening i interpersonlig problemløsning og selvsikkerhet, der pasientene lærer å be om det de har behov for, si «nei» til forespørsler fra andre når dette er passende, samt oppnå interpersonlige mål samtidig som de ivaretar relasjonene og selvrespekten. Gjennom den andre endringsrealterte ferdighetsmodulen, emosjonsregulering, lærer pasientene å identifisere, navngi og beskrive følelser, samt redusere sårbarheten for negative følelser, øke forekomsten av positive følelser, og handle motsatt av hva de føler seg motivert til når de befinner seg i en negativ følelsestilstand (Soler et al., 2009). I tillegg til at det gis hjemmeoppgaver i ferdighetstreningsgruppene, blir de ferdighetene som læres her videreført til individualterapien, der det arbeides enda mer målrettet med bruk og tilpasning av ferdigheter til enkeltpasienters individuelle behov og problemer, noe som forutsetter

kommunikasjon mellom ferdighetstreneren og individualterapeuten (Kåver & Nilsonne, 2005).

### *Målhierarki: De fire fasene i DAT*

Mens ferdighetstreningen er manualisert, er individualterapien prinsippbasert, der læringsprinsipene styrer valget av intervensjoner. Fokuset for timene avgjøres ut fra et målhierarki med fire faser, der en i første fase jobber med å eliminere atferd som er farlig for pasienten eller andre, samt atferd som er terapiforstyrrende og som reduserer pasientens livskvalitet. Videre arbeides det med reduksjon av posttraumatisk stress i fase to, mens det i fase tre fokuseres på å øke selvrespekten og å nå individuelle mål. Den fjerde og siste fasen handler om å skape et liv som er verdt å leve, å være engasjert i sitt eget liv og sine relasjoner, å føle seg levende og tilhørende og å leve oppmerksomt nærværende (Kåver & Nilsonne, 2005; Linehan, 1993). Det er her viktig at terapeuten er klar over hvilken fase pasienten befinner seg i til enhver tid for å vite hvordan arbeidet skal drives, samt er oppmerksom på at det til tider kan være nødvendig å midlertidig gå tilbake til en tidligere fase. Alle pasientene behøver ikke å gå gjennom alle fasene, da behandlingen kan tilpasses pasientens behov og ønsker, samt terapeutens praktiske muligheter til å tilby terapi over lengre tid (Kåver & Nilsonne, 2005).

Selv om alle pasientene ikke alltid trenger å gå gjennom alle de fire nevnte fasene, må imidlertid alle delta i en orienteringsfase før behandlingsstart, der blant annet en skriftlig, gjensidig forpliktende avtale inngås mellom terapeut og pasient om å samarbeide for å nå de målene eller endringene pasienten ønsker i livet sitt. For å sikre kontinuitet og effektivitet i behandlingen, får ikke pasienten utebli mer enn tre ganger på rad, da behandlingen vil avsluttes dersom dette skulle skje (Kåver & Nilsonne, 2005).

### *Telefonkonsultasjon og teamveildning*



I tillegg til individualterapien og ferdighetstreningen, er det to gjenværende elementer; telefonkonsultasjon mellom terapitimene og teamveiledning. Telefonstrategiene er blant de mest oppsiktsvekkende ingrediensene i DAT, men som skal skje i strenge former, med et mål om å gi pasienten trening i å be om hjelp på en adekvat måte og ta imot den hjelpen som tilbys. For at ikke slike samtaler skal forsterke dysfunksjonell atferd, får ikke pasienten lov å ringe det første døgnet etter for eksempel å ha skadet seg. Terapeuten jobber i stedet med å hjelpe pasienten å ringe i tide, og dermed unngå slik atferd (Kåver & Nilsonne, 2005; Shearin & Linehan, 1994). Både dersom pasienten ringer for ofte eller ikke ringer i det hele tatt, utgjør dette terapiforstyrrende atferd som må tas opp i timene. Når det kommer til teamveiledning, er terapeutens veiledningsteam en såpass viktig og integrert del av behandlingen at terapien ikke regnes som DAT dersom ikke terapeuten inngår i dette (Kåver & Nilsonne, 2005).

#### *Standard DAT , modifisert DAT og DAT ferdighetstreningsgrupper*

Et standard DAT-program skal inneholde alle de overfornevnte komponentene, samt innebærer kravet om at pasientene deltar både i individualterapi og i ferdighetstreningsgruppe én gang per uke (Shearin & Linehan, 1994). I forhold til ferdighetstreningen skal det opprinnelig ta et halvt år å gå gjennom alle de fire kapitlene, slik at en etter endt behandlingsløp på 1 år har vært gjennom alle kapitlene to ganger. Behandlingstiden på ett år kan imidlertid utvides om nødvendig (Kåver & Nilsonne, 2005), og selv om behandlingen helst skal foregå utenfor rammene av et sykehus, er ikke dette et absolutt krav, noe som kommer tydeligere fram senere i oppgaven når studiene fra pasientperspektivet presenteres. DAT kan videre tilbys i modifiserte former ut fra behov og tilgjengelige ressurser, som for eksempel ved forkortet terapiløp med de endringene og modifikasjonene som ofte hører med. I noen tilfeller blir også ferdighetstreningsgruppene tatt

i bruk uten inklusjon av de andre komponentene i DAT. I denne oppgavens undersøkelse av bedring i interpersonlig fungering i DAT, vil både standard DAT, modifisert DAT og DAT ferdighetstreningsgrupper bli inkludert, da dette kan si noe om DAT's fleksibilitet, samt om effektiviteten av DAT i ulike former.

## Metode

### Artikkelsøk

Søk etter studier ble gjort i databasene PubMed, Web of Science og PsyInfo. Gjennom den avanserte søkemodulen ble søkeordet «Dialectical behavior therapy» først kombinert med ulike ord knyttet til interpersonlig fungering, som «relation\*», «mentaliz\*», «social skill\*», «social relationship\*» og «interpersonal effectiveness». Gjennom disse søkene dukket det opp flere relaterte begrep som beskriver aspekter ved interpersonlig fungering blant de ulike treffene, som ble brukt i de videre søkene. Disse begrepene var «social functioning», «social adjustment», «psychosocial functioning», og «skills training». I starten ble alle søkene utført i kategorien «Tittel», for deretter å bli utført i kategorien «Topic» i Web of Science, og «Title/Abstract» i PubMed. Etter å sannsynligvis ha funnet alle de ulike begrepene for interpersonlig fungering som var mulig å finne, og som var relevante for oppgaven, ble det bygget opp et avansert søk som inkluderte alle begrepene. Først ble søket «Dialectical behavior therapy AND Borderline» utført og lagret, etterfulgt av et annet søk som inkluderte alle de overfornevnte begrepene for interpersonlig fungering, med kombinasjonsordet «OR» mellom hvert av disse. Disse to søkene lå da i «Search history», og som ble satt sammen til et nytt søk gjennom å kombinere dem ved hjelp av kombinasjonsordet «AND». Dette søket ga 201 treff i Web of Science, og 83 treff i PubMed. Noen av studiene som tar for seg pasientperspektivet ble funnet blant disse artiklene, men for å finne flere slike studier, ble det gjort et eget søk i både PubMed, Web of Science og Psyinfo i søkekategori

«Title/Abstract» i PubMed, «Topic» i Web of Science og «Abstract» i PsykInfo. Her ble søkeordet «Dialectical behavior therapy» ved hjelp av kombinasjonsordet AND kombinert med «Borderline» og «Case study», for deretter å kombinere de to førstnevnte med «Patient perspective». Dette ga henholdsvis 50 og 22 treff i Web of Science, 2 og 0 treff i PubMed, og 12 og 0 treff i PsykInfo. Videre ble abstractene til de fleste av artiklene gjennomgått, der de artikkelreferansene som på bakgrunn av disse abstractene virket å være relevante for problemstillingen, ble lagret. Omtrent 43 referanser ble til sammen lagret i denne prosessen, men ved nærmere gjennomgang av artiklene i fulltekst, ble mange av dem luket ut på bakgrunn av at de ikke oppfylte kriteriene for inklusjon. Noen artikler fra aktuelle artiklers referanseliste ble søkt opp individuelt, enten gjennom Google eller gjennom de nevnte databasene.

### **Inklusjonskriterier kvantitative studier**

For at en artikkel skulle bli inkludert i denne oppgaven, måtte den først og fremst presentere en eller flere studier, noe ikke alle gjorde. Videre måtte disse studiene ta for seg effekten av dialektisk atferdsterapi, enten ved et standard DAT-program, ved et modifisert DAT-program eller ved et DAT ferdighetstreningsprogram. Krav til deltakergruppene var at majoriteten av deltakerne enten måtte være diagnostisert med BPF eller med betydelige BPF-trekk, der et behandlingsbehov lå til grunn. Studier hvor suicidal, parasuicidal eller selvskadende atferd, eller tanker om dette av ulik alvorlighetsgrad var inklusjonskriterie, ble også inkludert. Disse kunne ha ulike krav i forhold til hvor nylig denne atferden eller disse tankene hadde opptrått. Sist, men ikke minst, måtte studiene ha anvendt ett eller flere målingsverktøy knyttet til interpersonlig fungering, med mulighet for å kunne sammenligne før- og etter-målinger av denne variabelen i resultatdelen.

Studier som hadde andre diagnostiske inklusjonskriterier enn de overfornevnte, ble ikke inkludert i denne oppgaven, da oppgavens problemstilling retter seg spesifikt mot

interpersonlig fungering som avhengig variabel. Studier tilpasset spesielt for pasienter med andre, spesifikke diagnoser, har vanligvis symptomreduksjon for disse diagnosene som et hovedfokus, som ofte betyr at det er en mindre sannsynlighet for inklusjon av mål på interpersonlig fungering. Slike studier er de som tar for seg pasienter som i tillegg til å oppfylle kriteriene for BPF, eksempelvis må ha en komorbid rusavhengighet, en annen personlighetsforstyrrelse eller en bipolar lidelse. Mange av studiene som er inkludert i denne oppgaven, har slike diagnoser som eksklusjonskriterier nettopp fordi pasienter med disse diagnosene ofte krever et noe modifisert opplegg tilpasset deres spesifikke diagnostiske utfordringer, som et vanlig DAT-program ikke alltid kan romme.

### **Inklusjonskriterier kvalitative studier**

I forhold til studiene fra pasientperspektivet, ble det løst litt på kravet som omhandler DAT, da det er svært begrenset hvor mange slike studier som er utført. Kravet her, var at DAT måtte være en sentral del av behandlingen som pasientene mottok, men behøvde ikke å være den eneste formen for behandling. Dette så lenge majoriteten av pasientene i en studie hadde mottatt DAT, og at det kom klart fram hvordan DAT har vært til hjelp for enkeltpasientenes interpersonlige fungering.

## **Hoveddel 1: Kvantitative studier**

De kvantitative studiene måler interpersonlig fungering gjennom ulike skjema for selvrappport, terapeutrapport og strukturerte intervju, og undersøker på den måten bedring på gruppenivå. 17 slike studier ble inkludert i denne oppgaven, der 7 av disse er basert på undersøkelse av et standard 1-årig DAT-program, 6 av studiene tar for seg ulike modifiserte former av det originale programmet, mens 3 av studiene er kun basert på DAT-ferdighetstreningsgrupper. Den siste studien er en ren oppfølgingsstudie (McMain, Guimond,

Streiner, Cardish, & Links, 2012), som er basert på utvalget til en av de nevnte studiene som undersøkte et standard DAT-program (McMain et al., 2009).

### **Beskrivelse av de inkluderte studiene**

Av de 16 studiene med ulike utvalg, var 8 av disse randomiserte, kontrollerte studier («randomized, controlled studies», fra nå referert til som RCT), som er studier der matchede deltakerpar tilfeldig deles inn i hver sin studiegruppe, som oftest en intervensjonsgruppe eller en kontroll- eller sammenligningsgruppe, for slik å kunne si noe om kausaliteten i resultatene. Videre var 7 av studiene naturalistiske, som betyr at deltakerne studeres i en naturlig behandlingssetting, hvor det enten ikke inkluderes en kontroll- eller sammenligningsgruppe, eller hvor tildeling av aktuelle grupper er basert på deltakernes naturlige behandlingsbehov og/eller en naturlig begrensning av ressurser. Den siste studien var kvasieksperimentell, som er en type studie der utvalget ikke matches og randomiseres, men som benytter seg av både intervensjons- og kontroll- eller sammenligningsgruppe, og slik søker å oppnå kausalitet i resultatene på samme måte som en RCT-studie.

Av de 8 RCT-studiene, var det ingen som brukte rene kontrollgrupper hvor deltakerne ikke fikk noen form for behandling. Årsaken til dette, er at slike kontrollgrupper er ansett som uetisk, da pasientgruppen det er snakk om, lider av alvorlig psykopatologi og derfor har behov for oppfølging. Det ble dermed heller tatt i bruk ulike former for sammenligningsgrupper, der 5 av studiene benyttet seg av TAU («Treatment As Usual») eller O- TAU («Optimalized Treatment As Usual»), én studie benyttet seg av generell psykiatrisk behandling for BPF (McMain et al., 2009), én benyttet seg av TFP og støtteterapi for BPF (Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007), og én av psykoanalytisk standard gruppeterapi (Soler et al., 2009).

*Inklusjon: De ulike anvendte måleinstrumentene*

De ulike studiene varierte noe i hvilke typer måleinstrumenter som ble anvendt i den diagnostiske inklusjonsprosessen for å vurdere om deltakerne oppfylte kriteriene for BPF, eller nådde et minimumsantall av BPF-trekk nødvendig for inklusjon. De vanligste instrumentene for å fastsette kriterier for BPF, inkluderte «Structured Clinical Interview for Diagnoses of DSM-IV Personality Disorders» (SCID-II), «Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorders» (DIB), «Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorder-Revised Version» (DIB-R), «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III), og «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition» (DSM-IV). Andre instrumenter som ble benyttet, var «Personality Assessment Inventory-Borderline Features Scale» (PAI-BOR), «Structured Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder Section» (SIDP-IV-BPD) og «International Personality Disorder Examination Screening Questionnaire» (IPDESQ). Blant de tilgjengelige strukturerte intervjuene for BPF, er SCID-II og DIB-R de mest anvendte, både for kliniske og forskningsrelaterte formål, da disse ansees som både reliable og valide instrumenter (Andion et al., 2012; Barrachina et al., 2004; Ryder, Costa, & Bagby, 2007; Zanarini, Frankenburg, & Vujanovic, 2002). DSM-III og DSM-IV er offisielle diagnostiske systemer for psykiske lidelser i USA, og brukes både klinisk og i forskning ("Wikipedia, the free encyclopedia," 2016). De andre nevnte instrumentene er også blitt evaluert som klinisk relevante (Armeliu, Kullgren, & Renberg, 1985; Jacobo, Blais, Baity, & Harley, 2007; Loranger, Janca, & Sartorius, 1997; Magallon-Neri et al., 2013), men benyttes generelt i mindre grad enn de førstnevnte.

I tillegg til oppfyllelse av kriterier for BPF, krevde de fleste studiene tilstedeværelse av suicidal, parasuicidal eller selvskadende atferd hos deltakerne med noe varierende grad av krav til omfang og hvor nylig disse har vist seg. Én av de naturalistiske studiene hadde slik atferd som sitt eneste inklusjonskriterie, men måten studien ble presentert på, både gjennom

innledningen og i diskusjonen, indikerte den en tilstedeværelse av BPF eller BPF-trekk hos deltakerne, og er derfor blitt inkludert i denne oppgaven (Sambrook, Abba, & Chadwick, 2007).

### *Eksklusjonskriterier*

De fleste studiene hadde også eksklusjonskriterier, med unntak av 3 av de naturalistiske studiene og den kvasieksperimentelle studien. De vanligste eksklusjonskriteriene var schizofreni eller annen psykotisk lidelse, bipolar lidelse, rusavhengighet og psykisk utviklingshemming. Andre eksklusjonskriterier varierte fra studie til studie og inkluderte organisk hjernelidelse, alvorlig depresjon, delirium, vrangforestillinger, demens, IQ under 80, andre kognitive lidelser, utviklingsforstyrrelse, spiseforstyrrelse, alvorlige nevrologiske sykdommer med psykiske virkninger, akutt intoxicasjon, medisinske tilstander som utelukker psykiatrisk medisiner, behov for innleggelse, manglende forståelse av studien, alkohol- og stoffmisbruk uten motivasjon for abstinens og tidligere deltakelse i DAT. I både originalstudien og oppfølgingsstudien til McMain og kolleger (2012; 2009) ble det i tillegg stilt krav om at deltakerne ikke kunne bo lengre enn en viss radius utenfor behandlingsstedet, i tillegg til at det ikke måtte foreligge planer om flytting ut fra provinsen de to påfølgende årene.

### *Alder, kjønn og utvalgsstørrelse*

Alder på deltakerne varierte i de fleste studier mellom 18-60 år, med unntak av to studier, som involverte yngre deltakere, med aldersspenn på henholdsvis 14-19 år og 16-61 år. Alle studiene som oppga kjønnsfordeling blant deltakerne, rapporterte en majoritet av kvinner, der andelen kvinner varierte mellom 73 % og 100 %. Antall deltakere i hver studie varierte mellom 18 og 180. Studier som inkluderte sammenligningsgrupper hadde gjennomsnittlig 78 deltakere med enten lik eller ulik fordeling av deltakere i DAT og

deltakere i sammenligningsgruppene. For studier som ikke inkluderte sammenligningsgrupper, var antall deltakere noe lavere; der var det gjennomsnittlig 35 deltakere i hver studie.

#### *Interpersonlig fungering: Ulik begrepsanvendelse*

I alle studiene inkludert i denne oppgaven, oppga forfatterne å ha målt endring knyttet til interpersonlig fungering, selv om flere av studiene brukte andre relaterte begrep for denne variabelen, samt brukte ulike måleinstrumenter for å måle denne endringen. Begrep som ble anvendt, var «sosial tilpasning», «sosial fungering», «interpersonlige relasjoner med venner», «interpersonlig problemløsning», «interpersonlige problemer» og «psykososial fungering». Tre av studiene rapporterte imidlertid ikke eksplisitt om måling av interpersonlig fungering, men hadde likevel et synlig mål på dette i resultatdelen, der to av disse beskrev endringer i Borderlinesymptomer gjennom diverse subskalaer. Blant disse subskalaene i de to studiene var henholdsvis «Ustabile relasjoner» (Soler et al., 2009) og «Negative relasjoner» (Stepp, Epler, Jahng, & Trull, 2008) brukt som mål på interpersonlig fungering. Den tredje studien oppga bruk av GAF (se neste avsnitt), men i stedet for å beskrive dette som et mål på psykososial fungering (som et par andre studier gjorde), beskrev de denne skalaen som et mål på det generelle symptomtrykket (Kroger et al., 2006). I alle studiene som eksplisitt målte interpersonlig fungering, ble denne variabelen imidlertid ansett som en sekundærvariabel for mål på bedring hos deltakerne, med unntak av en studie av Linehan og kolleger (1994), som hadde interpersonlig fungering som hovedvariabel.

#### *Mål på interpersonlig fungering: Ulike skalaer*

De mest anvendte skalaene for måling av interpersonlig fungering, var «Inventory of Interpersonal Problems» (IIP), «Global Assessment of Functioning Scale» (GAF), «Global Assessment Scale» (GAS) «Social Adjustment Scale» (SAS) og «Social Adjustment Scale –



Self-Report» (SAS-SR). Andre skalaer som ble benyttet, var «Social Adaptation Self Evaluation Scale (SASS), SAS + «Longitudinal Interval Follow-up Evaluation» (LIFE), «Life Problem Inventory» (LPI), «Clinical Global Impression-Borderline Personality Disorder» (CGI-BPD), «The Symptom Checklist-90-R» (SCL-90-R) , «Personality Assessment Inventory Borderline Scale» (PAI-BOR) og «Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD)». I én av studiene ble det også rapportert om bruk av intervju, uten noen videre beskrivelse av dette (Linehan et al., 1994), og i flere av studiene ble to eller flere av de oppgitte skalaene anvendt. Alle disse skalaene er for øvrig anerkjente og velanvendte skalaer innenfor psykiatrien, da de er kjent både for å være valide, og å inneha en klinisk nytteverdi (Barkham, Hardy, & Startup, 1994; Bosc, Dubini, & Polin, 1997; Derogatis, Rickels, & Rock, 1976; Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976; Gurland et al., 1972; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno, & Villasenor, 1988; Jacobo et al., 2007; Jones, Thornicroft, Coffey, & Dunn, 1995; Keller et al., 1987; Paris & Zweig-Frank, 2001; Pérez et al., 2007; Schmitz et al., 2000; Wagner, Rathus, & Miller, 2015; Weissman & Bothwell, 1976). I tillegg viser flere av skalaene å korrelere godt med hverandre der slike korrelasjoner er blitt undersøkt (Paris & Zweig-Frank, 2001).

#### *Målingstidspunkt og dropout-rater*

Antall målingstidspunkt varierte fra studie til studie, med en tendens til flere målingstidspunkt for studiene med lengre varighet. Av studiene som tok for seg behandlingsprogram på et helt år, ble de avhengige variablene målt mellom 3 og 9 ganger i løpet av behandlingsperioden. De aller fleste studiene oppga også en dropout-rate, altså prosentandelen av deltakere som avsluttet terapien før studiens tiltenkte avslutningstidspunkt, og dermed ikke fikk deltatt i datainnsamlingen på alle målingstidspunktene. Dropout-raten varierte mellom 0 % og 65 % i DAT-gruppene, med et snitt på 21 %. I sammenligningsgruppene varierte denne raten mellom 2% og 58 %, med et snitt på 24 %. Tre

av studiene som inkluderte oppfølgingsdata, rapporterte også en dropout-rate fra endt behandlingsløp til oppfølgingstidspunktet på henholdsvis 20 % (McMain et al., 2012) 38 % (Kroger et al., 2006) og 40 % (Fassbinder et al., 2007). Det er imidlertid viktig å nevne at utgangspunktet for alle disse tallene ikke var det samme i alle studiene, da noen oppga dropout-rate utfra andel deltakere som avsluttet behandlingsprogrammet på et hvilket som helst tidspunkt før det var fullført, mens andre studier gikk ut fra andelen deltakere som ikke leverte noen form for oppfølgingsdata etter det første målingstidspunktet, og dermed ikke hadde grunnlag for sammenligning av data. Studier med det førstnevnte utgangspunktet vil derfor oppgi en høyere dropout-rate enn studier med det sistnevnte. Mange av studiene brukte data fra deltakere som hadde droppet ut før fullført behandling i analysene, så lenge de hadde data fra flere enn ett målingstidspunkt.

## **Resultater**

### *Standard 1-årig DAT*

Av de 7 studiene som tok for seg et standard 1-årig DAT-program, viste alle signifikant bedring i interpersonlig fungering ved sammenligning av før- og etter-målinger hos DAT-deltakerne. I de 3 RCT- studiene som sammenlignet DAT med TAU, ble det funnet signifikant større bedring i interpersonlig fungering i DAT-gruppene, sammenlignet med TAU-gruppene (Linehan et al., 1994; Pistorello, Fruzzetti, MacLane, Gallop, & Iverson, 2012; Shearin & Linehan, 1994). I de to RCT- studiene som undersøkte DAT sammen med andre former for terapi tilpasset BPF-pasienter, og som hadde som hensikt å undersøke alle formene for terapi på lik linje, i motsetning til å kun «sammenligne» DAT med disse, fant man ingen signifikante forskjeller i bedring i interpersonlig fungering mellom de ulike gruppene. Alle gruppene viste likevel signifikant bedring ved sammenligning av før- og etter-målingene (Clarkin et al., 2007; McMain et al., 2009). De to gjenværende studiene var naturalistiske, og

hadde ingen sammenligningsgruppe (Fox, Krawczyk, Staniford, & Dickens, 2015; Stepp et al., 2008).

### *Modifisert DAT*

Av de 6 studiene som tok for seg modifiserte former for DAT, viste 5 av studiene signifikant bedring i interpersonlig fungering. Én av disse var en RCT-studie som målte effektiviteten av et tremåneders DAT-program for innlagte pasienter med BPF. Disse pasientene ble sammenlignet med TAU, der DAT-gruppen viste signifikant større bedring i interpersonlig fungering enn TAU-gruppen (Bohus et al., 2004). I denne studien ble det også oppgitt at 42 % av deltakerne i DAT oppfylte kriteriene for klinisk tilfriskning («clinical recovery») etter endt behandlingsløp. De fire andre studiene som oppga signifikante resultater, tok også alle for seg et 3-måneders DAT-program, men der tre av disse var naturalistiske (Fassbinder et al., 2007; Kroger et al., 2006; Miller et al., 2000), og den fjerde kvasiekperimentell (Rathus & Miller, 2002). Den siste studien i denne gruppen, tok for seg et intensivt 3-ukers DAT-program av naturalistisk art, der det ikke ble funnet noen signifikant bedring i interpersonlig fungering hos deltakerne (McQuillan et al., 2005).

### *DAT ferdighetstreningsgrupper*

Av de 3 studiene som undersøkte effekten av DAT ferdighetstreningsgrupper, var det i utgangspunktet kun én som rapporterte om signifikant bedring i interpersonlig fungering (Sambrook et al., 2007). Denne studien var et naturalistisk 18-ukers ferdighetstreningsprogram, med data fra 5 ulike deltakergrupper. De to andre studiene var RCT-studier, med ulike sammenligningsgrupper og varighet. Den ene studien gikk over et helt år, der den ene gruppen mottok både vanlig individuell behandling og DAT ferdighetstrening, mens den andre gruppen mottok kun vanlig individuell behandling (Shearin & Linehan, 1994). Den andre studien var et 13-ukersprogram, der ingen av gruppene mottok

noen form for individuell terapi, men hvor sammenligningsgruppen mottok psykoanalytisk standard gruppeterapi. Selv om denne studiens mål var å undersøke forskjeller mellom gruppene, og det ikke ble rapportert om signifikante forskjeller her, ble det likevel funnet en signifikant forskjell i interpersonlig fungering mellom pre- og postmålingene i DAT-gruppen (Soler et al., 2009).

#### *Oppfølging: Langsiktige resultater*

Studien fra McMain og kolleger (2012), som var en ren oppfølgingsstudie, tok utgangspunkt i resultatene fra utvalget i studien av samme forfattere fra 2009. Dette var en RCT-studie som rapporterte om signifikant bedring i interpersonlig fungering både i DAT-gruppen og i sammenligningsgruppen. Oppfølgingsstudien viste at resultatene fra den første studien bedret seg ytterligere over oppfølgingsperioden på 2 år hos begge gruppene. Ellers var det fire andre, allerede nevnte studier, som samlet inn oppfølgingsdata for henholdsvis 6 måneder (Pistorello et al., 2012), 12 måneder (Shearin & Linehan, 1994), 15 måneder (Kroger et al., 2006) og 30 måneder (Fassbinder et al., 2007) etter endt behandling. Ved oppfølging ble det funnet ytterligere bedring i interpersonlig fungering i alle studiene, bortsett fra i studien til Shearin og Linehan, der den signifikante bedringen som ble målt rett etter endt behandlingsløp var uendret.

Til sist er det ellers verdt å nevne at tendensen i alle studiene var at bedring i interpersonlig fungering gikk hånd i hånd med bedring i primærvariablene. Samtidig der det ikke ble funnet bedring i interpersonlig fungering, ble det vanligvis likevel funnet bedring i primærvariabler og i andre sekundærvariabler. For en oversikt over de kvantitative studiene, se appendix.

## **Hoveddel 2: Kvalitative studier fra pasientperspektivet**

I denne delen av oppgaven, vil 5 ulike studier fra pasientperspektivet bli beskrevet, med fokus på pasientenes interpersonlige vansker og endringer innenfor dette området.

### **1:Mann, 32 år: Standard DAT under vanlige betingelser**

Den første studien fra pasientperspektivet er en studie av McMain og kolleger (2012), og er i hovedsak en RCT-studie, men der forfatterne likevel har inkludert en egen tekstboks som beskriver perspektivet til en av deltakerne fra DAT-gruppen.

#### *Bakgrunn*

En 32 år gammel mann med en lang psykiatrisk sykehistorie, ble tilfeldig plassert i DAT-gruppen i denne studien. Denne pasienten hadde vært kronisk suicidal og selvskadende fra han var 10 år gammel, og rapporterte at han både kuttet og brant seg selv flere ganger i uken i forsøk på å lette den emosjonelle smerten. Som en konsekvens av den selvskadende atferden, i tillegg til andre former for dramatisk atferd, hadde han få venner. Selv om han i starten av terapien uttalte at han ville dø, vedkjente han seg et ønske om et bedre liv, der han blant annet var interessert i å bedre relasjonene sine.

#### *Endring i relasjonell kompetanse*

I DAT begynte denne pasienten å samarbeide om å adressere bisarr atferd som var med på å isolere ham fra andre mennesker. Han lærte at den destruktive atferden var en måte å håndtere overveldende følelser på, som for eksempel følelser av skam i respons til oppfattet kritikk fra andre, som var en typisk trigger for både sinneutbrudd og selvskadende atferd. I løpet av behandlingsperioden ble han mindre unnnvikende i forhold til følelsene sine, mer effektiv i å identifisere egne behov, og tendensen til sinneutbrudd minket, noe som var med på å bidra til at relasjonene hans til andre mennesker bedret seg. Kommunikasjonen hans ble mer direkte, og den suicidal og selvskadende atferden forsvant. Mot slutten av behandlingen, fikk

han også en bedre relasjon til sin partner. Dette kasuset er, som mange av de andre beskrevet nedenfor, et godt eksempel på hvordan ulike BPF-symptomer henger sammen, der for eksempel selvskading og interpersonlige vansker påvirker og opprettholder hverandre.

## **2: BPF-pasienters meninger om viktige behandlingsmål og personlig tilfriskning**

I en kvalitativ studie utført av Katsakou og kolleger (2012), beskriver pasienter over 18 år med BPF og en historie med selvskading hva de selv oppfatter som viktige behandlingsmål, der forbedring av relasjonene deres var et av disse målene, samt deres reise mot tilfriskning og refleksjoner rundt egen framgang og oppnåelser. Videre uttrykker de egne synspunkt og meninger rundt det å bli frisk, noe som er interessant da bedring eller risikoreduksjon målt gjennom forskning på mental helse, ikke alltid sammenfaller med pasientenes personlige evalueringer av tilfriskning og meningsfull framgang i egne liv.

48 pasienter ble intervjuet gjennom semistrukturerte dybdeintervju, der 81 % var kvinner. Totalt mottok 23 (48 %) av pasientene dialektisk atferdsterapi. De resterende pasientene mottok enten mentaliseringsbasert terapi (n = 8), annen psykologisk terapi (n = 6) eller generelle tjenester (n = 11). Pasientene hadde enten gjennomført eller avsluttet terapiløpet, eller vært minst 4 måneder i behandling på intervju tidspunktet. Studien tar dermed for seg både pasientenes mål og faktiske måloppnåelser i en felles resultatbeskrivelse, da det er ulikt hvor de forskjellige befant seg i terapiløpet ved datainnsamlingen. Pasientene ble imidlertid heller ikke delt inn i grupper ut fra hvilken type behandling de mottok i forbindelse med intervju prosessen.

### *Veien mot tilfriskning – betydningen av relasjoner*

Et av mange personlige mål som ble sett på som viktig på veien mot tilfriskning hos deltakerne, var å forbedre relasjonene sine. De beskrev her at de ønsket å sosialisere seg mer, isolere seg mindre, bygge opp flere støttende relasjoner i livene sine, og avslutte relasjoner

preget av manglende støtte og utnytting. De ønsket videre å arbeide med egne relasjonsferdigheter, utvikle tillit til andre, bli i stand til å snakke om følelser, tillate seg selv å føle seg sårbar i nære forhold, samt tolerere frykt for avvisning og det å bli forlatt. Dette ble oppfattet som spesielt vanskelig for deltakerne, vanligvis på grunn av mangelen på validerende relasjoner i barndommen, i tillegg til opplevelse av misbruk og neglekt. Andre sentrale relasjonsmål, var å utvikle bedre forståelse for hvordan deres egne handlinger kunne påvirke andre mennesker, og det å bedre kunne tolerere konfrontasjoner og konflikter. Én av deltakerne uttrykte her at hun tidligere ikke greide å ta innover seg hvordan egne handlinger påvirket andre mennesker, eller hva andre mennesker følte. Dette ble et problem mellom henne og sønnen, da hun bygde opp en barriere hver gang han prøvde å uttrykke seg, fordi hun ikke ville greie å forstå hva han forsøkte å si. Nå, derimot, uttrykte de seg overfor hverandre hele tiden, der de snakket både om følelser generelt, og hva de selv følte.

I forhold til balansen mellom personlige mål og de kliniske behandlingsmålene, var det noen deltakere som syntes at det ble et kræsje mellom egne mål og behandlingsfokus, da de følte at terapien ikke tok opp alle problemene de strevde med. En deltaker som hadde mottatt DAT, uttrykte i intervjuet at terapien var hjelpsom, men at den ikke svarte på alle hennes spørsmål. Hun ønsket for eksempel å jobbe seg gjennom sin skillsmisse, samt relasjonen til sin mor og menn generelt, men opplevde at DAT fokuserte kun på andre ting, spesielt på selvskading og mindfulness. Hun opplevde altså at hun ikke fikk nok hjelp til å bedre sine relasjoner i DAT.

Å bedre relasjonene sine, var altså sett på som et viktig mål hos deltakernes i deres tilfriskningsprosess, noe som gjør det relevant å si noe om deltakernes syn på hvor de selv befant seg på veien mot tilfriskning, samt hva de mente om begrepet «tilfriskning» («recovery») på generelt grunnlag.

Kun én deltaker refererte konsistent til seg selv som «frisk», mens de fleste andre beskrev seg selv på ett av 3 ulike nivåer bestående av «ingen framgang», «fluktuerende tilfriskning» eller «i stand til å håndtere ting på en bedre måte, men ikke helt frisk», der de fleste mente at de hadde oppnådd bedring til en viss grad, eller på noen områder. Når det kommer til bruk av begrepet «tilfriskning», eller «recovery» følte mange av deltakerne at dette begrepet var problematisk i seg selv, da dette impliserer en dikotom klassifikasjon av problemer, der folk enten har problemer eller er blitt helt friske. Dette er spesielt upassende i forhold til BPF, da det reflekterer og oppmuntrer til svart-hvitt-tenkning, som er ett av symptomene på lidelsen. Deltakerne tenkte at full tilfriskning på den måten, var umulig, da de ikke kunne se for seg at de noen gang skulle komme dit at de ikke skulle ha noen vansker med å håndtere følelsene og livet sitt. Å tenke at de var friske på en slik dikotom måte, mente de at også kunne være farlig og urealistisk, at det kunne indikere mangel på aksept for egne problemer og føre til at de ikke overvåket seg selv godt nok, noe som igjen kunne føre til tilbakefall. Et annet synspunkt, var at det å separere seg selv fra BPF var spesielt vanskelig da de alltid har opplevd emosjonelle vansker så lenge de kunne huske. BPF var derfor ikke noe de følte at de kunne bli friske fra, da dette ville bety at de måtte ha blitt en annen person, noe som ikke nødvendigvis var hva de ønsket seg.

I forhold til måloppnåelse generelt, er det ellers verdt å merke seg at deltakerne så på de ulike målene som forbundet med- og påvirket av hverandre, der bedring eller forverring på ett område, vanligvis førte til bedring eller forverring også på andre områder.

### **3: «Kelly», 27 år: DAT kombinert med psykoanalyse**

Denne studien av Franklin og Mouratidis (2015) er en kasusstudie som detaljert beskriver en pasient, «Kelly», som i tillegg til deltakelse i et standard DAT-program (2-årig), mottok psykoanalytisk behandling 5 ganger i uka over en toårsperiode etter et selvmordsforsøk. Etter det første året, ble også famlieterapi for dialektisk ferdighetstrening



lagt til behandlingsopplegget, som pasienten og hennes foreldre deltok i to ganger i måneden. Franklin og Mouratidis vektlegger i denne artikkelen at psykoanalyse er indikert for mange individer med de samme typer problemer som DAT tar for seg, samt at det å kombinere ulike behandlingstilnærminger, kan bidra til å kompensere for begrensingene til en enkelttilnærming, og resultere i at hver av tilnærmingene utfyller hverandre.

### *Bakgrunn*

Kelly er en 27 år gammel, college-utdannet kvinne fra en rik familie. Ulike faktorer fra hennes oppvekst tenkes her å ha bidratt til de relasjonsproblemene hun utviser og trenger hjelp til å arbeide seg gjennom ved behandlingsstart. Disse faktorene vil nå gis noe plass før hennes behandlingsmessige, relasjonelle endringsprosess blir beskrevet.

Som det fjerde og yngste barnet, følte Kelly at foreldrene var lei av å oppdra barn på det tidspunktet hun kom til verden, og heller ønsket å nyte sin finansielle suksess. De begynte å reise mye sammen i Kellys barndom, noe som bidro til en intens separasjonsangst hos Kelly. Hun følte seg forlatt av sin mor, som på sin side var svært opptatt av hvordan ting så ut på overflaten. I tillegg til dette, ble Kelly som 12-åring seksuelt misbrukt over en ettårsperiode av en kvinne som Kelly hadde tillit til. Gjennom hele den tiden misbruket varte, følte Kelly at hun var forelsket, selv om hun var heteroseksuell og planla å gifte seg med en mann, noe hun trodde at også gjaldt for hennes overgriper. Dette fikk Kelly til å se på forholdet deres som noe helt unikt, der to heteroseksuelle personer elsket hverandre så høyt at de elsket med hverandre slik som lesbiske gjør. Først da denne kvinnen introduserte Kelly for sine lesbiske venner, forsto Kelly at forholdet deres ikke var unikt likevel, noe som fikk Kelly til å sitte igjen med en sterk skamfølelse. Disse traumene resulterte til slutt i Kellys depresjon og suicidalitet, da hun følte at hennes sanne natur var ond, og at dette ville bli oppdaget av andre når som helst. Samtidig forårsaket ulike maldaptive kompromissformasjoner en alvorlig

interpersonlig patologi, som igjen økte lidelsestrykket ved å forhindre henne i å skape trygge relasjoner til andre. Hun fant seg selv involvert i maktkamper med sine foreldre, og i forsøk på å holde på hemmeligheten sin og skjule skammen, utviklet hun en vedvarende og sterk trang til å kontrollere hva andre mennesker tenkte om henne. Disse problemene tok hun videre med seg inn i ekteskapet sitt, som hun avsluttet etter tre år fordi hun følte seg fanget og lei av forholdet. Retrospektivt tillot hun aldri seg selv å la ektemannen bli ordentlig kjent med henne, noe som resulterte i at ensomheten og skyldfølelsen ble overveldende.

Et impulsivt selvmordsforsøk førte til et seksdagers sykehusopphold, der Kelly fikk den oppmerksomheten hun hadde søkt hos familien, eksmannen og kjæresten, men i stedet for å føle glede eller trygghet, følte hun seg ydmyket, narsisistisk skadet, deprimert og overveldet. Hun ble imidlertid med på å overføres frivillig til en psykiatrisk døgnavdeling etter sykehusinnleggelsen, der hun ble diagnostisert med alvorlig depresjon og borderlinetrekk, som blant annet inkluderte interpersonlige vansker og oversensitivitet til avvisning. Både DAT og psykoanalytisk psykoterapi ble påbegynt, noe hun fortsatte å engasjere seg i etter utskrivelsen. I forhold til suicidalitet, rapporterte Kelly om selvmordstanker en tid framover etter det første forsøket, men hun hadde aldri en konkret plan om å ta livet sitt, og denne atferden ble derfor til tider sett på som en atferd blant mange andre, som ble brukt til å kontrollere hva andre tenkte om og forventet fra henne.

### *Relasjonell analyse av Kelly fra et dialektisk atferdsperspektiv*

Gjennom en kaususgjennomgang ut fra et dialektisk atferdsterapeutisk perspektiv med fokus på det relasjonelle, kan Kellys symptomer forstås ut fra de traumatiske opplevelsene av at foreldrene hennes ikke ville beskytte henne eller imøtekomme hennes emosjonelle behov. Hennes perfeksjonistiske tendenser utviklet seg sannsynligvis i et forsøk på å oppnå anerkjennelse fra foreldrene og å møte deres forventninger, i tillegg til å skjule hemmeligheter

og uakseptable sider ved seg selv. Hennes anstrengelser for å være perfekt, ble forsterket av foreldrene når hun utviste atferd konsistent med deres forventninger, men disse ideene om perfektjonistiske forventninger, var blant mange av Kellys kognitive forvrengninger. Kellys familiedynamikk var gjennomsyret av maktkamper og gjensidige forsøk mellom henne og foreldrene på å kontrollere hverandre. Hun lærte at jo dårligere hun fungerte, jo mer oppmerksomhet fikk hun fra foreldrene, og på den måten kontrollerer hun dem gjennom å fungere på et lavt nivå. Mangel på motivasjon har dermed utviklet seg til et klinisk problem som foreldrene ubevisst har forsterket gjennom deres responser på både hennes skjørhet og vedvarende suicidalitet, som begge er atferd som stammer fra et ønske om å motta den omsorgen, beskyttelsen og støtten som hun føler at hun ikke fikk som barn.

#### *Utfyllende effekt av kombinasjonen DAT og psykoanalyse*

Det å kombinere psykoanalyse med DAT, bidro til at Kelly kunne bruke DAT-ferdigheter til å bedre toleransen for ubehagelige følelser, noe som gjorde henne i stand til å nyttegjøre seg av en intens psykoanalytisk prosess med mindre sjanse for å bli følelsesmessig overveldet og destruktivt utagerende. Jo mer grunnfestet hennes ferdigheter i emosjons- og relasjonshåndtering ble, jo bedre håndterte hun utforskningen av mer smertefullt psykoanalytisk materiale. I forhold til atferd, ble DAT nyttig ved at det hjalp henne med å omgjøre innsikt til endring i atferd, som resulterte i et redusert symptomnivå og bedre fungering. Denne prosessen skal det nå gås inn på i noe mer detalj.

Etter som Kelly lærte seg hvordan hun fungerte mentalt, ble hun bedre i stand til å diskriminere mellom sin indre og ytre realitet, der hun lærte at ytre hendelser ikke trengte å være en direkte refleksjon av hennes indre representasjoner, noe som bidro til økt interpersonlig effektivitet og mindre interpersonlig konflikt. I forhold til interpersonlig effektivitet i DAT, ble fokuset å hjelpe Kelly å nå sine mål, bevare sine relasjoner og å bevare

selvrespekten, med særlig vekt på det sistnevnte. Dette arbeidet var sentrert rundt Kellys relasjoner til foreldrene, da Kelly spesielt ønsket å føle seg forstått av dem og å bli i stand til å sette grenser som ikke var preget av en alt-eller-ingenting-mentalitet. For å bevare selvrespekten, fikk hun hjelp til å ta avgjørelser som var konsistent med hva hun selv ønsket, heller enn hva hun oppfattet at andre forventet av henne. Etter hvert som hun bedre forsto hva som drev atferden hennes i relasjoner, ble hun i bedre stand til å identifisere og trene på de interpersonlige ferdighetene som ville være mest effektive. Det ble klart at årsaken til Kellys vansker med å få sine behov imøtekommet på en effektiv måte i relasjoner, bunnet delvis i mangel på bevisst kunnskap om egne behov og ønsker, samt delvis i ambivalente følelser i forhold til å tillate seg selv å motta det hun trengte og ønsket. Dette demonstrerte et viktig synergipunkt mellom de to tilnærmingene, der hun i DAT jobbet med å identifisere sine behov og ønsker, mens hun i den psykoanalytiske prosessen arbeidet med å tillate seg selv å ha disse behovene og ønskene.

Å sjekke fakta er en emosjonsregulerende ferdighet som også kom godt med i arbeidet med å bedre Kellys relasjoner. Denne ferdigheten er kognitivt restrukturerende fordi den bygger på observerbar og målbar data som brukes til å gjøre antagelser om andre menneskers tanker og motiver, i motsetning til å gjøre antagelser bygget på ens egne følelser og indre representasjoner. Kelly ble her i bedre stand til å sjekke fakta med foreldrene sine, og fant ut at de ikke alltid tenkte det hun hadde trodd at de tenkte, og at de ikke hadde de forventningene til henne som hun hadde trodd at de hadde. Slike oppdagelser ble ofte gjort i rammene av familieterapi, som ble en viktig arena for Kellys utvikling av et effektivt, voksent forhold til sine foreldre, der hun brukte interpersonlige ferdigheter for å få sine behov møtt på en mer adaptiv måte. Samtidig fikk foreldrene til Kelly en bedre forståelse for hvordan Kelly forsto seg selv, sin atferd og sine symptomer, noe som bidro til å redusere deres egen angst.

Kellys tillærte ferdigheter fra DAT, minkede tendenser til alt-eller-ingen-tenkning, tilegnelse av et dialektisk syn på verden, samt færre kognitive forvrengninger, bidro til at hun kunne se og tolke sine erfaringer på en mer korrekt, sammenhengende og fullstendig måte, noe som blant annet førte til et mindre behov for å bruke suicidalitet på en fiendtlig-avhengig måte overfor foreldrene sine. Hun ble også mer motivert som et resultat av et redusert lidelsestrykk, økt ferdighetsnivå og mindre ekstremtenkning. DAT hjalp henne dessuten til å se at hun var i stand til å endre atferden sin uten å måtte vente til hun forsto hvorfor hun handlet som hun gjorde. Selv om Kelly fortsatte i psykoanalyse etter disse to årene, var hun nå på god vei mot å oppnå et liv som var meningsfullt og verdt å leve, der hun for eksempel dro på turer med venner og familie. Alt i alt demonstrerte Kelly en evne til å gjøre atferdsmessige endringer samtidig som hun lærte mer om hvordan hun fungerte mentalt gjennom psykoanalyse.

#### **4: «Ms L», 34 år: DAT utført ved et psykiatrisk høysikkerhetssykehus**

I denne fjerde studien fra pasientperspektivet, utført av Low og kolleger (2001), presenteres effekten av et standard ettårig DAT-program for i utgangspunktet tre tvangsinnlagte pasienter ved et psykiatrisk høysikkerhetssykehus, etter å ha begått alvorlige forbrytelser. Studien fokuserer hovedsakelig på resultater relatert til selvskading, men én av kasusene, «Ms L», viser helsepersonells fordommer og frustrasjoner overfor en pasient med BPF, og hvordan DAT bidrar til å bedre denne uheldige situasjonen. Til tross for denne pasientens opp-og-ned-turer, er dette kasuset et godt eksempel på hvordan selvskading og interpersonlig ineffektivitet kan være knyttet sammen og påvirket av hverandre, der bedring på det ene området, framkaller bedring også på det andre området.

#### *Bakgrunn*

«Ms L» var 34 år gammel, og hadde vært innlagt på høysikkerhetssykehuset i 9 år. Hun var angivelig utsatt for både fysisk og seksuelt misbruk i barndommen, samt var i kontakt med politiet flere ganger for ulike lovbrudd før hun ble henvist dit. I tillegg til selvskading gjennom å kutte seg på armer og ben siden hun var 14 år gammel, og flere suicidforsøk under oppholdet på høysikkerhetssykehuset, oppfylte hun også de øvrige kriteriene for BPF, inkludert paniske anstrengelser for å ikke bli forlatt og intense og ustabile relasjoner. Behandlingsmålene relatert til interpersonlig fungering for Ms L, besto i å øke evnen til å be om hjelp, øke evnen til å si «nei» til andre pasienters forespørsler, samt jobbe med unøyaktig kommunikasjon rundt egen lidelse og maskering av denne gjennom smil.

Gjennom alle årene på sykehuset, hadde Ms L lent seg på selvskading for å endre sin egen situasjon og lindre eskalerende angst og spenning. Personalet hadde imidlertid begynt å se på den selvskadende atferden som manipulativ og oppmerksomhetssøkende, spesielt etter selvskadingsepisoder som krevde førstehjelpsbehandling der Ms L maskerte følelsene sine gjennom å smile. De negative reaksjonene fra personalet ble tolket som videre invalidering og avvisning av Ms L, noe som økte den indre spenningen i henne. Hun hadde dermed falt inn i en ond sirkel med spenningsoppbygging og spenningslindring gjennom å kutte seg selv. Det skulle derfor bli en utfordring å introdusere alternativ atferd der hun kunne lære seg å endre responsene sine til visse situasjoner, og øke antall positive erfaringer.

#### *Læring av relasjonell atferd under begrensede betingelser*

Gjennom arbeid med interpersonlig effektivitet i DAT, ble Ms L introdusert for anledninger der hun kunne lære seg å snakke med personalet eller ringe terapeuten sin og uttrykke sine følelser verbalt og motta positiv støtte. På denne måten lærte hun å akseptere sine egne følelser som valide responser på visse situasjoner, samtidig som antall selvskadingsepisoder ble signifikant redusert i løpet av behandlingsperioden. Selv om hun

etter en god 6-månedersperiode med kun 3 mindre selvskadingstilfeller, igjen opplevde en periode med flere selvskadingsepisoder, var dette en respons på økt engstelse i sammenheng med at hun ble henvist til en avdeling med lavere sikkerhetsnivå, og dermed også til nytt personale. Hun ba imidlertid selv om økt støtte rundt seg i perioden før denne overføringen skulle finne sted, noe som viser at hun hadde tilegnet seg en økt evne til å be om hjelp fra personalet etter et år i DAT.

### **5: Ms A, Ms B og Ms C: DAT utført i fengsel**

Den femte og siste studien fra pasientperspektivet er en pilotstudie utført av Nee og Farman (2007), som vektlegger at BPF er en lidelse som er over-representert hos kvinner i fengsel, med en prevalens på hele 20 %. På grunn av dette, er det blitt fattet økt behandlingsinteresse for denne populasjonen, med vekt på å redusere kriminell gjentakelsesrisiko, samt å redusere generell BPF-symptomatologi. I denne studien blir effekten av et standard ettårig DAT-program for kvinner i fengsel undersøkt, der det i tillegg til pre- og postmålinger av de ulike variablene, også ble foretatt en oppfølgingsmåling 6 måneder etter endt behandlingsløp for tre ulike pasienter, «Ms A», «Ms B» og «Ms C». Disse kasusene vil nå bli beskrevet vekselvis på både felles og individuelt grunnlag, ut fra hva de har til felles og hva som er unikt for hvert av dem.

#### *Samlet bakgrunnsbeskrivelse for Ms A, Ms B og Ms C*

De tre kvinnene, Ms A, Ms B og Ms C, er henholdsvis 26, 19 og 20 år gamle, og oppfyller kriteriene for BPF, der alle er beskrevet med problemer innen interpersonlig fungering. Ms A og Ms B har begge hatt en traumatisk barndom og ungdomstid med blant annet seksuelt misbruk og fosterhjemsplasseringer, mens Ms C skal angivelig ha hatt en lykkelig barndom, men en vanskelig ungdomstid med opplevd mobbing av jevnaldrende, og en dødssyk far som døde etter mange års sykdom. Alle de tre kvinnene har en aktuell

selvskadingsproblematikk som går tilbake til barndommen eller tenårene. Da informert samtykke rundt bruk av dataene kun er blitt oppnådd fra Ms A og Ms B, er noen av faktaopplysningene rundt Ms C endret, for at hun ikke skal kunne gjenkjennes.

*Ms A: Relasjonell kontroll gjennom bruk av mindfulness*

Ms A ble født med hørselsproblemer, og lærte derfor ikke å snakke før hun var 6 år gammel. Svekket taleevne, i tillegg til separasjon fra sin biologiske familie og mangel på kjærighet i barndommen, hadde resultert i en følelse av forsakelse og isolasjon. Til tross for dette, nådde hun et nøkkelstadium midtveis i behandlingen da hun begynte å aktivt involvere seg i ferdighetsgruppen. Her begynte hun å åpne seg mer og mer, i tillegg til at hun i løpet av behandlingsperioden re-etablerte kontakt med sin biologiske bror etter mange år. Det å være fengslet resulterte i økt spenning rundt denne relasjonen, og selv om denne relasjonen var utilfredsstillende og stressende, bidro det til at Ms A lærte å ta kontroll i sine relasjoner ved å bruke kjerneferdigheter i mindfulness. Fengselspersonalet rapporterte i tillegg at Ms A ble mer villig til å interagere med dem ettersom behandlingen fortsatte. Oppsummert viste Ms A en bedring i interpersonlig interagering og økt kontroll i sine relasjoner både på innsiden av og utenfor fengselmiljøet.

*Ms B: Ferdighetstrening kombinert med en trygg terapeutisk relasjon*

Ms B ble mobbet på skolen og ble fra tenårene involvert i relasjoner med voldelige partnere, der én av disse ble hennes medtiltalte. Hun hadde lite erfaring med passende relasjoner, samt lite innsikt i sin egen rolle i utviklingen og vedlikeholdelsen av disse. Ms B hadde i tråd med dette et stort antall ustabile relasjoner i fengselet, og var svært avhengig av bekreftelse fra andre. Ferdigheter i emosjonsregulering ble for Ms B avgjørende i arbeidet med sinnereduksjon og utvikling av evne til å være ærlig om egne følelser med andre mennesker. Ms B brukte også ferdigheter i stresstoleranse til å lære seg å radikalt akseptere at



hun hadde et svært destruktivt forhold til sin mor, som stadig fortsatte å invalidere henne og minne henne på at hun aldri ville greie å endre seg. Hun ville her ta «wise mind» -avgjørelser, som er avgjørelser basert på en kombinasjon av fornuft og følelser, i forhold til hvilke ferdigheter hun skulle bruke for å beskytte seg selv mot negative følelser rundt denne relasjonen. Ferdigheter i interpersonlig effektivitet ble videre viktig for å gi Ms B innsikt i sin egen rolle i utviklingen og vedlikeholdelsen av relasjoner. Hun ble bevisst på egen overavhengighet av dysfunksjonelle relasjoner og avsto fra å danne flere av disse. I tillegg til dette, avtok hennes kontakt med moren mot slutten av behandlingsperioden, da hun innså de negative effektene denne relasjonen hadde på henne ved at hun blant annet involverte seg i selvskadende atferd for å håndtere den. DAT hjalp henne ellers med å utvikle en følelse av egenverdi, noe som reduserte avhengigheten av bekreftelse fra andre. Den generelle framgangen hos Ms B, ble sett på som sterkt knyttet til utviklingen av den terapeutiske relasjonen, der hun følte at hun hadde en sterk, positiv relasjon til individualterapeuten sin, som hun selv beskrev som «trygg». Ms B's oppfatning av terapeuten som ærlig, pålitelig og forståelsesfull i forhold til problemene hennes, gjorde henne i stand til å åpne seg for første gang, og oppmuntret henne til problemløsning.

*Ms C: Sinnekontroll og økt relasjonell kompetanse ved ferdighetstrening*

Ms C begynte å skade seg selv og konsumere store mengder alkohol etter å ha møtt sin mannlige partner med samme type atferd, i forsøk på å håndtere tapet av sin far. Ms C begynte etter hvert å føle seg «fanget» i denne relasjonen, da han truet med å drepe henne eller seg selv dersom hun forlot ham. Det endte med at Ms C, under sterk påvirkning av alkohol og medisiner, myrdet denne partneren, en handling som hun nå sonet sin dom for. Det ble klart at Ms C hadde intense sinneproblemer som i stor grad påvirket hennes måte å relatere seg til andre på. I DAT begynte hun imidlertid å bruke kjerneferdigheter i mindfulness til å observere livet på avdelingen på en ikkedømmende måte, der hun lærte seg å

akseptere og anerkjenne det, uten å involvere seg i fiendtlige interaksjoner med andre som hun ville gjort tidligere. I tillegg ble ferdigheter innen interpersonlig effektivitet viktige for å gi Ms C innsikt i det intime forholdet hun hadde hatt med offeret sitt, noe som hjalp henne i arbeidet relatert til forbrytelsen. Hun brukte også ferdigheter i emosjonsregulering på daglig basis for å redusere sårbarheten for negative følelser. Hun oppdaget for øvrig at de ferdighetene som var vanskeligst å mestre, som for eksempel *radikal akseptering* innen stresstoleranse, var de mest effektive i det lange løp.

#### *Samlede resultater for Ms A, Ms B og Ms C*

Alle de 3 deltakerne utviste høy grad av behandlingsmotivasjon, og oppnådde betydelig bedring i interpersonlig fungering i løpet av året i DAT. Alle ble vurdert til å ha redusert risikoen for gjentakelse av kriminell atferd, selv om studien ikke varte lenge nok til å kunne stadfeste deltakernes faktiske atferd etter løslatelse. Disse resultatene er svært oppløftende, og viser sammen med resultatene fra studie 4 at DAT kan anvendes også på personer som befinner seg innenfor mer begrensede rammer enn de man vanligvis opererer i.

### **Diskusjon**

Resultatene som nå er blitt presentert, indikerer at DAT bedrer interpersonlig fungering hos pasienter med BPF. De fleste av de kvantitative studiene oppnådde statistisk signifikans for de variablene som målte interpersonlig fungering, samtidig som de kvalitative studiene beskriver betydelig bedring i relasjonelle ferdigheter, samt gir et innblikk i pasientnære aspekter ved denne bedringen.

#### **Er interpersonlig fungering blitt viet nok oppmerksomhet i DAT-forskningen?**

Det framkommer gjennom denne oppgaven at interpersonlig fungering kun i en begrenset grad har blitt inkludert i DAT-forskningen på BPF-pasienter. Sett i lys av den informasjonen pasientperspektivet har gitt oss om interpersonlig fungering hos denne

pasientgruppen, vil det være rimelig å hevde at den generelle DAT-forskningen hittil har hatt for lite fokus på endring i denne variabelen. Mens det finnes en stor andel forskningslitteratur som tar for seg effekten av DAT gjennom variabler som selvskading, suicidalitet og antall dager tilbrakt på sykehus før og etter DAT, er det bare et fåtall av disse som i tillegg inkluderer et mål på interpersonlig fungering, og da (i de fleste tilfeller) kun som en sekundærvariabel. Dette kan ansees som noe merkelig, da vi nå vet hvor stor betydning interpersonlig fungering har for de aller fleste menneskers livskvalitet. Med tanke på at relasjonell kompetanse ligger som en kjerne i det å være menneske, noe som er blitt tydeliggjort blant annet gjennom spedbarnsforskningen, blir mennesker som ikke håndterer det sosiale samspillet på en kompetent måte særlig sårbare både psykisk og fysisk, da de opplever interpersonlig stress i mye høyere grad enn hva andre gjør. En slik mangel på relasjonell kompetanse har også bidratt til å gjøre behandlingen av BPF-pasienter vanskelig og svært krevende, samt bidratt til negative holdninger rettet mot denne pasientgruppen. Av nettopp disse grunnene er det viktig at disse pasientene blir tilbudt behandling utviklet spesielt for å overkomme barrierene som ofte oppstår i mer ordinære behandlingsformer, og at disse tilpassede behandlingsformene blir viet forskningsmessig interesse med særlig vekt på effekten de har på interpersonlig fungering.

### **Hva kan de to ulike perspektivene bidra med?**

Denne oppgaven har valgt å inkludere forskning som både måler behandlingsutfall og behandlingsprosesser involvert i disse utfallene. Mens de kvantitative studiene har vist seg nyttige i å måle effekten av DAT på gruppenivå, har hver enkel studie fra pasientperspektivet en egenart som skaper bedre forståelse for hvordan DAT kan anvendes og tilpasses ulike situasjoner. De kvalitative studiene er også mer informative ved at de gir innblikk i enkeltpasienters bakgrunn og problemområder i større detalj, ofte med en beskrivelse både av hva som har endret seg gjennom terapi, og hvordan dette har gått til. Endringsprosessen

kommer altså mye tydeligere fram, noe som kan bidra til økt kunnskap blant både terapeuter og forskere, som igjen kan påvirke den kliniske praksisen i arbeidet med disse pasientene. I tillegg til denne kunnskapsøkningen, kan de kvalitative studiene stimulere til økt interesse for kvantitative undersøkelser, som kan bidra til å avgjøre hvorvidt resultatene fra de kvalitative studiene er generaliserbare. Slik synliggjøres nytten av begge de to type studiene ved at de utfyller hverandre og øker kunnskapen om DAT's effekt på interpersonlige vansker hos BPF-pasienter. McMain-studien (2012) illustrerer dette på en god måte, da denne studien inkluderer perspektivet til en DAT-pasient i en ellers kvantitativ studie. De kvantitative dataene forteller oss kun at deltakerne oppnådde bedring i interpersonlig fungering, mens pasientperspektivet gir oss en personlig historie, som blant annet viser at det er håp også for svært alvorlige tilfeller av BPF. I tillegg sier denne studien noe om hvordan de ulike BPF-symptomene kan være relatert hos denne pasientgruppen, som for eksempel selvskading og interpersonlige vansker. Pasientperspektivet bidrar her til å gi «liv» til en ellers tallbasert studie, noe som gjør det både mer interessant og enklere for leseren å sette seg inn i hva studien egentlig handler om. Et annet viktig poeng i forhold til endringsprosessen, er at det gjennom de kvalitative studiene fremkommer at ferdigheter i interpersonlig effektivitet ikke er de eneste ferdighetene som har vist seg å være nyttige for bedring i interpersonlig fungering, da ferdigheter fra alle de fire ferdighetsmodulene er blitt nevnt som bidragsytende til denne bedringen, samt en trygg, terapeutisk relasjon. At ferdigheter innen mindfulness, emosjonsregulering og stresstoleranse også kan bidra til å øke relasjonell kompetanse, viser at de fire problemområdene identifisert av Linehan er forbundet med hverandre på komplekse måter hos den aktuelle pasientgruppen, og at bedring på ett område sannsynligvis fører til bedring også på andre områder, som bekreftet av deltakere i studie 2. Videre kan det å sammenligne studier fra ulike perspektiv være interessant for å oppdage forskjeller mellom terapeuters og pasienters syn på hyppig anvendte begreper innenfor psykiatrien. Et eksempel

på dette er begrepet «tilfriskning». Som nevnt i hoveddelen, ble det i en av de kvantitative studiene konkludert med at 42 % av deltakerne hadde oppnådd klinisk tilfriskning (Bohus et al., 2004), mens det i en studie fra pasientperspektivet ble funnet at pasientene anså begrepet «tilfriskning» som et problematisk begrep. De aller fleste beskrev at de håndterte en del ting i livet på en bedre måte enn før, men anså ikke seg selv som «frisk» (Katsakou et al., 2012). Selv om dette var to ulike studier med to ulike utvalg, kan det se ut til at terapeuters bruk av begrepet «klinisk tilfriskning» ikke har samme betydning som pasientenes personlige syn på tilfriskning. Pasientperspektivet kan, som vist gjennom denne studien, altså være nyttig for å få tilgang til pasienters generelle meninger om begreper som brukes innenfor en behandlingssetting, samt om behandlingens innhold og oppsett. Disse meningene har igjen potensiale til, dersom de blir hørt, å bidra til forbedringer og økt åpenhet for mer tilpasset gjennomføring av behandlingen for hver enkelt pasient.

### **Interpersonlig fungering, suicidalitet og selvskading**

Som vist i forrige avsnitt, er ulike BPF-symptomer ofte forbundet med hverandre, noe som ut fra det kvalitative perspektivet særlig har vist seg å gjelde for interpersonlig fungering, suicidalitet og selvskading (Franklin & Mouratidis, 2015; Low et al., 2001; McMain et al., 2012; Nee & Farman, 2007). Suicidalitet og selvskading har i denne oppgaven vist seg å være et uttrykk for manglende relasjonell kompetanse, noe som indikerer at fokus på bedring i interpersonlig fungering i behandling, vil kunne antas å ha en positiv effekt også på suicidalitet og selvskading.

Fra de kvantitative studiene ser man nettopp at der det er oppnådd bedring i interpersonlig fungering, er det også oppnådd bedring i primærvariablene suicidalitet og selvskading. Fra de kvalitative studiene kommer denne sammenhengen fram på en mye mer eksplisitt måte i flere av pasienthistoriene. I disse historiene er det blitt observert at reduksjon av både suicidal og selvskadende atferd har bidratt til bedring av pasientenes interpersonlige

fungering, samtidig som bedring i interpersonlig fungering i seg selv har bidratt til helt eller delvis avtagning av pasientenes selvskadingsproblematikk. Selv om DAT i utgangspunktet tar for seg både selvskading og interpersonlig fungering, vil selvskading, i tillegg til terapiforstyrrende- og annen livskvalitetsforverrende atferd, alltid være hovedfokus i individualterapien så lenge slik atferd er tilstede, da DAT følger målhierarkiet beskrevet i innledningen. At DAT på den måten kan oppleves som å inneha for lite fokus på relasjoner, kommer fram i studie 2 fra pasientperspektivet, der en DAT-pasient uttrykte et ønske om mer fokus på relasjoner, da hun opplevde at behandlingen først og fremst fokuserte på selvskading og mindfulness (Katsakou et al., 2012). Dersom selvskading og interpersonlig fungering henger så sterkt sammen som det ser ut til, kan det stilles spørsmål ved om det kunne vært hensiktsmessig å ta slike pasientønsker på alvor, ved å gi mer rom for arbeid med relasjoner i DAT til tross for at selvskadingsproblematikken fremdeles eksisterer. Det kan her tenkes at arbeid med pasientens relasjoner kan gi positive ringvirkninger i form av redusert bruk av selvskading for å håndtere sterke følelser knyttet til relasjonelle vansker, og at et samtidig og likeverdig fokus på selvskading og relasjoner kan være mer effektivt enn et enefokus på selvskading i arbeidet med selvskadende atferd hos en del pasienter. Med tanke på at BPF-pasienter har tendens til å bruke suicidalitet og selvskading som en måte å kommunisere med andre på, der de mange negative reaksjonene fra disse andre ofte forsterker og vedlikeholder denne atferden, vil det kunne være sentralt å ta arbeidet med pasientenes relasjonelle fungering på større alvor innenfor et behandlingsopplegg som DAT, som i sin helhet burde kunne tilpasses den symptomatiske kompleksiteten man møter på hos BPF-pasienter. Om dette vil la seg gjøre i praksis, gjenstår å se, men det kan ut fra resultatene i denne oppgaven argumenteres for at dette er et spørsmål som fortjener å bli tatt opp til diskusjon. I forhold til hvordan DAT gjennomføres i dag, kan det i noen tilfeller kanskje være hensiktsmessig å

kombinere denne behandlingsformen med andre former for behandling som har mer fokus på det relasjonelle aspektet hos pasientene.

### **DAT kombinert med andre terapiformer**

Som studien av Franklin og Mouratidis (2015) er et eksempel på, ser det ut til at DAT med fordel kan kombineres med andre former for psykoterapi. I «Kellys» tilfelle er DAT kombinert med intensiv og langvarig psykoanalyse 5 dager i uka, noe som i praksis ikke er gjennomførbart i den generelle BPF-populasjonen. I tillegg til at et slikt behandlingsprogram er svært lite kostnadseffektivt, er det få pasientgrupper som ville benyttet så mye tid i terapi, og dette gjelder kanskje særlig for BPF-pasienter. En kan også se for seg at en del av de pasientene som eventuelt ville gjort dette, lett kunne blitt overavhengige av terapeuten sin, og at dette ville blitt et hinder for utvikling av selvstendighet og tro på seg selv. Det går derimot an å tenke seg at den mer moderne formen for psykoanalytisk behandling, som korttids psykodynamisk terapi der pasienter eksempelvis går til behandling én gang i uka, i kombinasjon med DAT kunne vært til stor hjelp for mange BPF-pasienter. En fordel med psykodynamisk terapi, er for eksempel at den går grundigere og dypere til verks i traumerelatert materiale, samt innehar et betydelig større fokus på pasientenes relasjoner til nære andre, sammenlignet med DAT. Som i eksemplet med «Kelly», ble det tydelig at DAT hjalp henne med å lære de ferdighetene hun trengte for å håndtere de sterke følelsene som dukket opp i arbeidet med relasjonsrelaterte traumer i psykoanalysen, samtidig som hun gjennom DAT lærte at det var mulig å endre atferd uten å først måtte forstå hvorfor hun handlet som hun gjorde. På denne måten utfylte de to terapiformene hverandre og hjalp «Kelly» blant annet til å bli flinkere til å kommunisere sine egne behov til andre mennesker, noe som bidro til en bedring i hennes interpersonlige fungering. På den andre siden kan det å kombinere disse to terapiformene i noen tilfeller stride noe imot Linehans anbefaling om at all form for selvskadende atferd skal være luket ut før man begynner med andre problemområder

som traumer og relasjoner (Linehan, 1993). Da denne oppgaven imidlertid viser hvordan slik atferd ofte er sterkt knyttet til lav interpersonlig fungering, samt hvordan DAT og psykoanalyse ga gode resultater for «Kelly», kan det likevel antas at en slik kombinasjon vil kunne være nyttig for en del pasienter. Det må imidlertid påpekes at selv om studien til Franklin og Mouratidis er svært interessant, gjenstår det likevel å se om disse resultatene kan generaliseres til andre BPF-pasienter, da helst i form av et mer kostnadseffektivt og gjennomførbart alternativ enn det som ble anvendt i denne studien. Det ville her også vært interessant å finne ut om DAT kunne blitt kombinert med de mer BPF-tilpassede formene for psykodynamisk terapi, som for eksempel MBT eller TFP, da begge disse terapiformene retter store deler av oppmerksomheten mot pasientenes relasjonelle vansker.

### **DAT utført under høysikkerhetsbetingelser**

Med tanke på at hele 20 % av den kvinnelige befolkningen i fengsel er diagnostisert med BPF, er det som nevnt svært oppløftende at de to studiene fra pasientperspektivet som tar for seg DAT for BPF-pasienter i høysikkerhetsbetingelser, viser såpass gode resultater. Både ved høysikkerhetssykehus og i fengsel er mulighetene for å trene på og utføre en del ferdigheter som valigvis anvendes i DAT begrenset, sammenlignet med mulighetene som finnes under normale betingelser, da sikkerheten alltid kommer først i høysikkerhetsinstitusjoner (Low et al., 2001). Pasienter i slike institusjoner kan for eksempel ikke bevege seg fritt verken innenfor eller utenfor murene, noe som betyr at en del ferdighetsrelaterte aktiviteter enten ikke kan gjennomføres, eller gjennomføres kun til visse tidspunkt under visse betingelser. Eksempler på slike aktiviteter er å gå tur, trene, ringe eller besøke noen, eller ta seg en helgetur eller ferie når de skulle ønske dette. Av sikkerhetsmessige hensyn er det også strenge regler for hva som er lov å oppbevare av ting inne på rommene, som potensielt kunne blitt brukt for å holde på med en hobby. Alle slike aktiviteter som bidrar til å skifte oppmerksomheten vekk fra intense, negative følelser, samt



øke antallet positive opplevelser, er sentralt på veien mot tilfriskning i DAT, noe som betyr at det trengs ekstra mye oppfinnsomhet og tilpasning i forhold til å finne alternative løsninger under disse betingelsene. En annen begrensning, som spesielt gjelder høysikkerhetssykehus, er at man under disse betingelsene må være innstilt på at verken individualterapien eller ferdighetstreningsgruppene blir særlig private, da reglene ved slike institusjoner ofte krever konstant tilsyn og åpne dører inn til rommene (Low et al., 2001). At det til tross for alle disse begrensningene er mulig å få DAT til å fungere, viser at slike begrensede betingelser kan bli «radikalt akseptert» av både pasientene og av terapeutene. Videre viser det at DAT inkorporerer en lang rekke av ferdigheter som effektivt kan skreddersys for å møte behovene til individuelle innsatte (Nee & Farman, 2007). Dette er gode nyheter som burde utnyttes mer, og som forhåpentligvis vil kunne bidra til et økt fokus på disse pasientene. Et slikt økt fokus vil være fordelaktig både for enkeltpasienter og for samfunnet generelt, da det gjennom pasientperspektivet er blitt belyst at dette kan redusere risikoen for gjentakelse av kriminell atferd i betydelig grad (Nee & Farman, 2007). Alt i alt ser DAT ut til å kunne bli en svært kostnadseffektiv form for behandling for disse pasientene, noe som tilsier at slik behandling kan være vel verdt å satse mer på framover.

### **Når er DAT mest effektivt? Et nærmere blikk på resultatene**

Ikke alle studiene viste signifikant bedring i interpersonlig fungering. Dette kan ha flere årsaker. Av de tre studiene hvor relasjonelle ferdigheter ikke bedret seg, tok den ene av disse studiene tok for seg et 3-ukers intensivt, modifisert DAT-program (McQuillan et al., 2005), mens de to andre tok for seg ferdighetstreningsgrupper alene (Shearin & Linehan, 1994; Soler et al., 2009). Med tanke på at den førstnevnte studiens behandlingsprogram var svært kortvarig sammenlignet med varigheten til behandlingsprogrammene i alle de andre studiene, kan det være sannsynlig at terapiløpet ble for kort til at pasientene kunne utvikle sin interpersonlige fungering nevneverdig innenfor det gitte tidsrommet. Dette kan virke som en

sannsynlig forklaring, da interpersonlige vansker ofte har fulgt disse pasientene gjennom hele livet, noe som skulle få en til å tro at det trengs mer enn 3 uker for å oppnå signifikant bedring. Studien tok i tillegg for seg BPF-pasienter i krise, noe som antyder at de var i akutt behov for hjelp, og som i seg selv begrenser hvilke områder som normalt sett vil kunne gis fokus innenfor den gitte tidsrammen. Når det gjelder de to andre ikke-signifikante studiene som målte effekten av ferdighetstreningsgrupper, skiller førstnevnte seg muligens noe ut fra begge de andre to studiene av samme art, da denne studien er eldre, og ferdighetstreningsgruppene var identisk med ferdighetstreningsgruppene i et standard DAT-program. Linehan selv predikerte at slike ferdighetsgrupper alene ikke ville ha noen effekt, da hun mente at alle komponentene i DAT var essensielle for å oppnå bedring (Shearin & Linehan, 1994). Til sammenligning var de to andre studiene som målte effekten av ferdighetstreningsgrupper noe mer tilpasset for å oppnå best mulig effekt. For eksempel tildelte de ulik mengde tid på de ulike ferdighetsmodulene, samt bakte inn egne elementer for å hjelpe deltakerne å dra nytte av ferdighetene fra de andre modulene, som for eksempel «bruk av ferdigheter i hverdagen» og «å forhindre tilbakefall» (Sambrook et al., 2007), eller ved å kompensere på ulike måter for at ferdighetsmodulene ikke ble gjennomgått mer enn én gang (Soler et al., 2009). Den andre ikke-signifikante studien som tok for seg ferdighetstreningsgrupper alene, viste som nevnt en signifikant bedring i interpersonlig fungering mellom pre- og postmålingene i DAT-gruppen, selv om det ikke ble funnet signifikante forskjeller mellom DAT-gruppen og sammenligningsgruppen, som besto av standard psykoanalytisk gruppeterapi (Soler et al., 2009). En årsak til dette, kunne vært at psykoanalytisk gruppeterapi fungerte omtrent like godt som DAT ferdighetstrening, ved at den for eksempel orienterte gruppen mot en relasjonell opplevelse ved bruk av ulike teknikker for å oppnå dette, men en slik årsak kan antagelig lukes ut, da det ikke ble funnet signifikante forskjeller mellom pre- og postmålingene i interpersonlig fungering for gruppen i

psykoanalytisk standard gruppeterapi. En annen årsak, kan ha å gjøre med mangelen på de resterende komponentene som Linehan mente måtte være til stede for å oppnå de ønskede resultatene, noe som også kan ha bidratt til den høye dropout-raten i DAT-gruppen på 65 %. Det er ellers sannsynlig at programmets varighet på 13 uker var for kort til å oppnå signifikante forskjeller mellom gruppene, med tanke på at et standard DAT-program vanligvis varer i et år eller mer. At kortvarige ferdighetstreningsgrupper, samt modifiserte, kortvarige DAT-programmer ikke er like effektivt som lengrevarige, ofte standardiserte DAT-programmer, burde antagelig ikke være spesielt overraskende, da det er rimelig å tenke at slike programmer har en del naturlige og åpenbare svakheter sammenlignet med de andre DAT-programmene, som for eksempel kortere varighet og mangel på bruk av ett eller flere DAT-komponenter. Samlet sett ser det altså ut til at DAT fungerer best i sin standardiserte form, der alle komponentene er til stede, og at jo mer behandlingen avviker fra denne formen, jo mindre effektiv vil behandlingen være. Dette gjelder spesielt når en ser etter bedring innen interpersonlig fungering. Kasusstudiene fra pasientperspektivet støtter også opp om dette, i forhold til at alle pasientene i disse studiene mottok en eller annen form for et standard DAT-program med varighet på 1 år eller mer, der de oppnådde betydelig bedring i interpersonlig fungering på lik linje med deltakerne i de kvantitative studiene som tok for seg standardiserte DAT-program. Det skal likevel påpekes at alle de fem modifiserte 3-månedersprogrammene ga signifikante resultater, noe som indikerer at dette er et godt alternativ når standardisert DAT ikke lar seg gjennomføre, grunnet begrenset tilgang på nødvendige ressurser. I følge Rathus og Miller (2002) kan en slik forkortet terapi til og med virke mer oppnåelig og bidra til lavere dropout-rate hos suicidal ungdom som gjerne har tendens til å ikke ta del i eller gjennomføre et langt terapiløp.

**Er DAT mer effektivt enn andre terapiformer tilpasset BPF-pasienter?**

DAT er som tidligere nevnt den behandlingsformen tilpasset BPF-pasienter som både har fått mest empirisk oppmerksomhet og mest empirisk støtte. Likevel bør det påpekes at i denne oppgavens studier som sammenligner DAT med andre BPF-tilpassede terapiformer, ble det ikke funnet noen betydelige forskjeller mellom DAT og disse behandlingsformene innen interpersonlig fungering hos pasientene (Clarkin et al., 2007; McMain et al., 2009). Dette kan indikere at DAT ikke nødvendigvis er overlegen andre terapiformer tilpasset BPF-pasienter, men at DAT likevel er en foretrukket terapiform på grunn av den store andelen av empirisk støtte den har mottatt. Nå er det imidlertid kun to studier i denne oppgaven som har sammenlignet DAT med andre BPF-tilpassede terapiformer, noe som gir et alt for tynt grunnlag for å trekke noen konklusjoner rundt dette. Det kan derfor være svært gunstig å rette mer oppmerksomhet mot disse andre terapiformene i fremtidig forskning, med flere studier som sammenligner DAT med disse på ulike måter. Det kunne for eksempel vært interessant å se om terapiformene skiller seg fra hverandre i forhold til hvilke typer symptomer som bedres, samt hva pasientene selv tenker om terapiens effektivitet og hjelpsomhet både under behandling og i et retrospektivt perspektiv.

**Hvorfor er DAT effektivt på lang sikt?**

Som nevnt i hoveddel 1, var det fire kvantitative studier som samlet oppfølgingsdata på pasientene for henholdsvis 6, 12, 15 og 30 måneder, der alle hadde oppnådd signifikant bedring i interpersonlig fungering fra behandlingsstart til behandlingsslutt. Mens én av disse fant at resultatene var uendret ved oppfølging, fant de tre andre en ytterligere bedring ved innsamling av oppfølgingsdataene. Dette i seg selv taler for at DAT har potensiale til å hjelpe pasienter på lang sikt, selv om fire studier alene ikke er nok til å trekke klare konklusjoner. Det er likevel interessant å spørre seg hva som kan være årsaken til at signifikante resultater innen interpersonlig fungering bedrer seg ytterligere etter endt behandlingsløp. Kanskje kan

en se for seg at de ferdighetene som pasientene lærer seg i terapien «setter» seg mer og mer, ettersom pasientene fortsetter å bruke dem i hverdagen, og at jo mer de bruker ferdighetene og ser at de fungerer, jo mer tro får de på seg selv i relasjonelle kontekster. En slik mestringstro kan en igjen tenke seg at fører til ytterligere bruk av ferdighetene, som med tiden vil bli en naturlig del av pasientenes måte å handle på. Sånn sett vil pasientene skape en god sirkel, der øvelse på det de allerede har lært, gjør dem enda mer kompetent i disse lærte ferdighetene. Om dette stemmer eller ikke, er vanskelig å si, selv om det kan virke sannsynlig. Det er uansett svært oppløftende at de få studiene som har samlet oppfølgingsdata, har funnet at DAT fungerer på sikt, noe som styrker grunnlaget for å velge denne behandlingsformen for pasienter med BPF.

### **Metodologiske vurderinger**

#### *Er resultatene valide og generaliserbare?*

Som nevnt i hoveddelen, er alle de ulike skalaene som er blitt anvendt for å måle interpersonlig fungering i de kvantitative studiene ansett som valide. Selv om dette er en styrke ved disse studiene, kan det for denne oppgaven derimot regnes som en svakhet at det er blitt anvendt så mange ulike skalaer for mål på interpersonlig fungering, og at de fleste studiene ikke har samme begrepsanvendelse for dette målet. Da de ulike skalaene ikke inneholder nøyaktig de samme spørsmålene eller utsagnene relatert til interpersonlig fungering rettet mot deltakerne, er det rimelig å anta at studier som bruker ulike skalaer ikke måler nøyaktig de samme aspektene ved interpersonlig fungering. Selv om enighet rundt bruk av både begrep og skalaer for interpersonlig fungering kanskje ville vært å foretrekke, viste likevel de fleste studiene de samme type resultatene ved bedring i den interpersonlige variabelen, noe som kan bety at studiene utfyller hverandre gjennom å bruke skalaer som ikke er helt like, heller enn at de med dette svekker den samlede validiteten. Videre er det flere av disse skalaene som korrelerer signifikant med hverandre, noe som igjen burde styrke

grunnlaget for sammenligning av studiene. Skalaen IIP korrelerer for eksempel godt med SCL-90R ved subskalaen «interpersonlig sensitivitet», samt subskalaene «paranoiditet» og «psykosisisme» (Barkham et al., 1994), mens GSI korrelerer signifikant med SAS-SR, og GAF korrelerer signifikant med begge de to sistnevnte (Paris & Zweig-Frank, 2001). Ellers er det blant annet funnet at to av de vanligste måleinstrumentene som ble brukt til kartlegging av BPF-symptomer hos pasientene, SCID-II og DIB, korrelerer signifikant med skalaer som ble brukt for å måle interpersonlig fungering, der førstnevnte korrelerer med skalaen LPI (Miller, Rathus & Leigh, sitert i Miller et al., 2000), og sistnevnte korrelerer med skalaene GAF, GSI og SAS-SR (Paris & Zweig-Frank, 2001). Alle slike korrelasjoner styrker validiteten til disse studiene i forhold til resultatene knyttet til interpersonlig fungering, noe som bidrar til en foreløpig konklusjon om at den samlede, generelle validiteten til denne oppgavens resultater kan ansees som god.

Når det kommer til generaliserbarhet, er det for de kvantitative studiene helt klart ulik grad av dette fra én studie til en annen, avhengig av en del faktorer som for eksempel hvorvidt man har med en RCT-studie eller en naturalistisk studie å gjøre, samt utvalgsstørrelse og dropout-rate. Selv om RCT-studier med store utvalg generelt tenkes å være mer generaliserbare enn naturalistiske studier med små utvalg, ble det i nesten alle studiene funnet signifikant bedring i interpersonlig fungering. Videre ble det også i de kvalitative studiene, som i denne oppgaven bidro til å belyse pasientperspektivet, funnet at DAT var effektivt for å oppnå bedring i interpersonlig fungering. Selv om disse studiene er få i antall, belyser de ulike, men sentrale elementer av problemer og symptomer hos BPF-pasientene, samt presenterer ulike pasientpopulasjoner, noe som øker muligheten for å generalisere resultatene til den generelle BPF-populasjonen. I tillegg kan en med støtte fra rekken av de kvantitative studiene som gav lignende resultater, anse den samlede generaliserbarheten som ytterligere styrket.

*Dropout: Hva er årsaken til dette?*

Selv om den samlede validiteten og generaliserbarheten virker å være god for denne oppgavens studier, er dropout-raten i flere av studiene høy. Ut fra de studiene som rapporterte om dropout-rate, varierte denne fra 0 % til 65 % hos deltakerne i DAT, med et snitt på 21 % per studie. Da dropout-raten ble regnet ut på noe ulikt grunnlag i de ulike studiene, blir ikke disse ratene helt sammenlignbare, men dersom en skal forholde seg til de tallene som er oppgitt, var det 3 studier som rapporterte en dropout-rate på over 30 %. To av disse tok for seg standardisert 1-årig DAT (Clarkin et al., 2007; Pistorello et al., 2012), mens én tok for seg DAT ferdighetstreningsgrupper (Soler et al., 2009), som også var den studien som representerte den høyeste dropout-raten (65 %), samt var blant de studiene som ikke viste signifikant bedring i interpersonlig fungering hos deltakerne. Lavere dropout-rater bidrar til å styrke en studies generaliserbarhet, samtidig som dropout er et vanlig problem i kliniske studier, og kanskje særlig for pasientgrupper med personlighetsforstyrrelser. Det som imidlertid er mest interessant her, er først og fremst årsaken til at deltakere dropper ut av behandlingen, og om de som dropper ut skiller seg ut fra de som ikke dropper ut i nevneverdig grad. Flere av studiene rapporterte her at det ikke ble funnet slike forskjeller mellom de deltakerne som droppet ut og de som fullførte behandlingen, samtidig som Shearin og Linehan (1994) hevder at den vanligste grunnen til at pasienter dropper ut, har med problemer i relasjonen til individualterapeuten å gjøre. Fordi de attribuerer noe av dropout-raten og mangel på progresjon i terapien til effekten av negative følelser som terapeuten opparbeider seg i arbeidet med svært vanskelige pasienter, er det i DAT viktig å jobbe for å øke graden av positive følelser som terapeuten har for pasienten. Dette gjøres først og fremst ved at terapeuter anvender den minst nedlatende teorien konsistent med bevisene når de forsøker å forklare pasientens atferd i terapitimene. I motsetning til en del andre tilnærminger som vektlegger pasienters fiendtlighet mot andre mennesker, inkludert mot terapeuten,

forventes det at en DAT-terapeut ser pasienten som vennligere mot terapeuten (Shearin & Linehan, 1994). Til tross for en slik bevisst vektlegging av terapeuters syn på pasienter i DAT, er det fremdeles mange pasienter som dropper ut av behandlingen, noe som kan bety at det i en del tilfeller trengs enda mer fokus på den terapeutiske relasjonen. Med tanke på de relasjonelle vanskene svært mange BPF-pasienter kommer inn i terapien med, er det kanskje ikke så overraskende at den terapeutiske relasjonen har stor betydning for om pasienter fullfører behandlingen eller ikke, noe som igjen viser viktigheten av at det relasjonelle aspektet blir gitt økt oppmerksomhet hos disse pasientene. Dersom en kan arbeide enda mer målrettet for å forebygge at deltakere dropper ut fra behandling i fremtidige studier, vil dette etter hvert kunne bidra til å styrke generaliserbarheten av disse studiene til den generelle BPF-populasjonen betraktelig.

### **Veien videre**

Denne oppgaven har tatt for seg studier som sier noe om hvorvidt DAT er en effektiv behandling for å bedre interpersonlig fungering hos pasienter med BPF. Selv om det ble funnet en del slike studier, trengs det flere studier for å skape et mer helhetlig bilde av feltet. I forhold til fremtidig utføring av kvantitative studier som undersøker effekten av DAT, anbefales det på bakgrunn av resultatene i denne oppgaven at flere av disse tar for seg interpersonlig fungering, og da gjerne som en primærvariabel, da det både utfra etablert kunnskap og ut fra denne oppgavens kvalitative studier har vist seg å være et kjernesymptom framfor et sekundært problem. Da det i dag også er lite forskning som har samlet inn oppfølgingsdata fra deltakerne, og slik ikke har fått målt effekten av DAT på lang sikt, vil det være svært fordelaktig om de fremtidige kvantitative studiene gjør dette i større grad enn det hittil er blitt gjort. Hvis langtidseffektene av DAT viser seg å være like gode som indikert i studiene i denne oppgaven, vil det være et sterkt argument for å tilby DAT til flere BPF-pasienter. Dette gjelder særlig pasienter i fengsel, hvor man lett kan forestille seg den



økonomiske innsparingen det vil ha at disse pasientene kommer seg ut av dysfunksjonelle relasjonelle mønstre. Som tidligere nevnt, kan det ellers være interessant og informativt å sammenligne DAT med andre terapiformer som er tilpasset DAT. Flere slike studier kunne kanskje undersøkt om ulike typer BPF-pasienter profitterer ulikt på de ulike typene av behandling, noe som muligens kunne ha bidratt til ulike terapeutiske anbefalinger for de forskjellige pasientene, samt en senket dropout-rate for pasientene i behandling.

Når det kommer til de kvalitative studiene, er det helt klart at det i dag er blitt utført alt for få av disse. Kun 5 slike studier som oppfylte inklusjonskriteriene ble funnet gjennom systematiske, avanserte søk på feltet, noe som indikerer et behov for økt forskningsinteresse for slike studier i fremtiden. Da slike studier avdekker mye mer informasjon rundt pasientene, deres symptomer og veien mot bedring sammenlignet med kvantitative studier, kan disse som nevnt ha stor betydning for den kliniske praksisen, samt stimulere til ny kvantitativ forskning. I denne oppgavens kvalitative studier er det for eksempel blitt tydeliggjort at DAT med fordel kan kombineres med andre former for psykoterapi, og at DAT er mulig å gjennomføre også under svært begrensede betingelser. Det er ellers først og fremst gjennom de kvalitative studiene en får mulighet til å se hvordan de ulike symptomene er knyttet sammen, noe som her har gitt et klarere bilde av hvordan interpersonlig fungering både påvirker- og er påvirket av- andre BPF-symptomer. Alt i alt trengs det mye mer DAT-forskning som kan bidra til å belyse interpersonlig fungering og bedring på dette området hos BPF-pasienter, der interpersonlig fungering får økt plass blant primærvariablene.

## **Konklusjon**

Resultatene fra studiene i denne oppgaven indikerer at DAT bedrer interpersonlig fungering hos pasienter med BPF, der standardisert DAT på 1 år eller mer ser ut til å være mest effektivt, mens svært kortvarige, modifiserte DAT-program, samt DAT ferdighetstreningsgrupper, ser ut til å ha minst effekt. Resultatene fra pasientperspektivet viser

tydeligere enn resultatene fra de kvantitative studiene hvordan interpersonlig fungering er forbundet med andre BPF-symptomer, som for eksempel suicidalitet og selvskading, samt hvordan DAT kan anvendes på ulike pasientgrupper i forskjellige settinger. Mer forskning på feltet trengs både innen det kvantitative og det kvalitative perspektivet, der fremtidige studier burde rette mer oppmerksomhet mot interpersonlig fungering enn det hittil er blitt gjort, da det nå er blitt klart at dette er et kjerneproblem hos den aktuelle pasientgruppen.

### Referanser

- Andion, O., Ferrer, M., Matali, J., Gancedo, B., Calvo, N., Barral, C., et al. (2012). Effectiveness of combined individual and group dialectical behavior therapy compared to only individual dialectical behavior therapy: a preliminary study. *Psychotherapy*, 49(2), 241-250.
- Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H. K., Krakauer, K., Gluud, C., et al. (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder-a randomized observer-blinded clinical trial. *Depress Anxiety*.
- Armeliuss, B. A., Kullgren, G., & Renberg, E. (1985). Borderline diagnosis from hospital records. Reliability and validity of Gunderson's Diagnostic Interview for Borderlines (DIB). *J Nerv Ment Dis*, 173(1), 32-34.
- Bagge, C., Nickell, A., Stepp, S., Durrett, C., Jackson, K., & Trull, T. J. (2004). Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *J Abnorm Psychol*, 113(2), 279-288.
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1994). The structure, validity and clinical relevance of the Inventory of Interpersonal Problems. *Br J Med Psychol*, 67, 171-185.
- Barrachina, J., Soler, J., Campins, M. J., Tejero, A., Pascual, J. C., Alvarez, E., et al. (2004). [Validation of a Spanish version of the Diagnostic Interview for Bordelines-Revised (DIB-R)]. *Actas Esp Psiquiatr*, 32(5), 293-298.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., et al. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 487-499.

- Bosc, M., Dubini, A., & Polin, V. (1997). Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *Eur Neuropsychopharmacol*, 7, 57-70.
- Brodsky, B. S., Groves, S. A., Oquendo, M. A., Mann, J. J., & Stanley, B. (2006). Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. *Suicide Life Threat Behav*, 36(3), 313-322.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922-928.
- Corsini, R. (2002). *The dictionary of psychology*. New York: Brunner-Routledge.
- Courtney, D. B., & Flament, M. F. (2015). Adapted dialectical behavior therapy for adolescents with self-injurious thoughts and behaviors. *J Nerv Ment Dis*, 203(7), 537-544.
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry*, 128, 280-289.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry*, 33(6), 766-771.
- Fassbinder, E., Rudolf, S., Bussiek, A., Kroger, C., Arnold, R., Greggersen, W., et al. (2007). Effectiveness of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder in the long-term course - A 30-month-follow-up after inpatient treatment. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 57(3-4), 161-169.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder--a mentalizing model. *J Pers Disord*, 22(1), 4-21.

- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(3-4), 288-328.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*, 21(4), 1355-1381.
- Fox, E., Krawczyk, K., Staniford, J., & Dickens, G. L. (2015). A Service Evaluation of a 1-Year Dialectical Behaviour Therapy Programme for Women with Borderline Personality Disorder in a Low Secure Unit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(6), 676-691.
- Franklin, T. N., & Mouratidis, M. (2015). Multimodal psychoanalytic and dialectical behavioral approaches: a case study. *Psychodyn Psychiatry*, 43(2), 277-290.
- Freeman, K. R., James, S., Klein, K. P., Mayo, D., & Montgomery, S. (2016). Outpatient dialectical behavior therapy for adolescents engaged in deliberate self-harm: conceptual and methodological considerations. *Child Adolesc Social Work J*, 33(2), 123-135.
- Grenyer, B. F. S. (2013). Improved prognosis for borderline personality disorder. *Medical Journal of Australia*, 198(9), 464-465.
- Gurland, B. J., Yorkston, N. J., Goldberg, K., Fleiss, J. L., Sloane, R. B., & Cristol, A. H. (1972). The Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment (SSIAM). II. Factor analysis, reliability, and validity. *Arch Gen Psychiatry*, 27(2), 264-267.
- Hengartner, M. P., Muller, M., Rodgers, S., Rossler, W., & Ajdacic-Gross, V. (2014). Interpersonal functioning deficits in association with DSM-IV personality disorder dimensions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49(2), 317-325.

Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villaseñor, V. S. (1988).

Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications.

*J Consult Clin Psychol*, 56(6), 885-892.

Hostinar, C. E. (2015). Recent developments in the study of social relationships, stress responses, and physical health. *Curr Opin Psychol*, 5, 90-95.

*ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. (2007). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2000.

Jacobo, M. C., Blais, M. A., Baity, M. R., & Harley, R. (2007). Concurrent validity of the Personality Assessment Inventory borderline scales in patients seeking dialectical behavior therapy. *Journal of Personality Assessment*, 88(1), 74-80.

Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 56(7), 600-606.

Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry*, 166(5), 654-659.

Katsakou, C., Marougka, S., Barnicot, K., Savill, M., White, H., Lockwood, K., et al. (2012). Recovery in borderline personality disorder (BPD): a qualitative study of service users' perspectives. *PLoS One*, 7(5), 8.

Keller, M. B., Lavori, P. W., Friedman, B., Nielsen, E., Endicott, J., McDonaldscott, P., et al. (1987). The longitudinal interval follow-up evaluation - a comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal-studies. *Arch Gen Psychiatry*, 44(6), 540-548.

Kendler, K. S., Aggen, S. H., Czajkowski, N., Roysamb, E., Tambs, K., Torgersen, S., et al. (2008). The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV

- personality disorders: a multivariate twin study. *Arch Gen Psychiatry*, 65(12), 1438-1446.
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: overview and update. *Int J Psychoanal*, 89(3), 601-620.
- King-Casas, B., & Chiu, P. H. (2012). Understanding interpersonal function in psychiatric illness through multiplayer economic games. *Biol Psychiatry*, 72(2), 119-125.
- Kliem, S., Kroger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *J Consult Clin Psychol*, 78(6), 936-951.
- Knaak, S., Szeto, A., Fitch, K., Modgill, G., & Patten, S. (2015). Stigma towards borderline personality disorder: effectiveness and generalizability of an anti-stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, 2, 9.
- Krawitz, R. (2004). Borderline personality disorder: attitudinal change following training. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(7), 554-559.
- Kroger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., Kahl, K. G., Schunert, T., et al. (2006). Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 44(8), 1211-1217.
- Kroger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Kliem, S., Arnold, R., Schunert, T., et al. (2010). Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 41(4), 381-388.
- Kåver, A., & Nilsonne, Å. (2005). *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Lazarus, S. A., Cheavens, J. S., Festa, F., & Zachary Rosenthal, M. (2014). Interpersonal functioning in borderline personality disorder: a systematic review of behavioral and laboratory-based assessments. *Clin Psychol Rev*, 34(3), 193-205.
- Lee, M. A. (2016). Social relationships, depressive symptoms and suicidality in Korea: Examining mediating and moderating effects in men and women. *Int J Soc Psychiatry*, 62(1), 67-75.
- Lester, L., & Cross, D. (2015). The relationship between school climate and mental and emotional wellbeing over the transition from primary to secondary school. *Psychol Well Being*, 5(1), 9.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Res Monogr*, 137, 201-216.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8(4), 279-292.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry*, 151(12), 1771-1776.
- Lis, S., & Bohus, M. (2013). Social interaction in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 15(2), 338.
- Loranger, A. W., Janca, A., & Sartorius, N. (1997). *Assessment and Diagnosis of Personality Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.



- Low, G., Jones, D., Duggan, C., MacLeod, A., & Power, M. (2001). Dialectical behaviour therapy as a treatment for deliberate self-harm: case studies from a high security psychiatric hospital population. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 8(4), 288-300.
- Magallon-Neri, E. M., Forns, M., Canalda, G., De La Fuente, J. E., Garcia, R., Gonzalez, E., et al. (2013). Usefulness of the International Personality Disorder Examination Screening Questionnaire for borderline and impulsive personality pathology in adolescents. *Compr Psychiatry*, 54(3), 301-308.
- McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., & Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry*, 169(6), 650-661.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., et al. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 166(12), 1365-1374.
- McQuillan, A., Nicastro, R., Guenot, F., Girard, M., Lissner, C., & Ferrero, F. (2005). Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatr Serv*, 56(2), 193-197.
- Mehlum, L., Tormoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., et al. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 53(10), 1082-1091.
- Merriam-Webster.com. (2015). Retrieved from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/interpersonal>

- Miller, A. L., Wyman, S. E., Huppert, J. D., Glassman, S. L., & Rathus, J. H. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(2), 183-187.
- Mueller, A. S., Abrutyn, S., & Stockton, C. (2015). Can social ties be harmful? Examining the spread of suicide in early adulthood. *Sociol Perspect*, 58(2), 204-222.
- Nee, C., & Farman, S. (2007). Dialectical behaviour therapy as a treatment for borderline personality disorder in prisons: Three illustrative case studies. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 18(2), 160-180.
- Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 172(12), 1579-1583.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 42(6), 482-487.
- Pérez, V., Barrachina, J., Soler, J., Pascual, J. C., Campins, M. J., Puigdemont, D., et al. (2007). The clinical global impression scale for borderline personality disorder patients (CGI-BPD): a scale sensible to detect changes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(4), 229-235.
- Petersen, R., Brakoulias, V., & Langdon, R. (2015). An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*.
- Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., MacLane, C., Gallop, R., & Iverson, K. M. (2012). Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, 80(6), 982-994.
- Preissler, S., Dziobek, I., Ritter, K., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2010). Social cognition in borderline personality disorder: evidence for disturbed recognition of the emotions, thoughts, and intentions of others. *Front Behav Neurosci*, 4, 182.

- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behav*, 32(2), 146-157.
- Robins, C. J. (1999). A dialectical behavior therapy perspective on the case of Anna. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6(1), 60-68.
- Russell, J. J., Moskowitz, D. S., Zuroff, D. C., Sookman, D., & Paris, J. (2007). Stability and variability of affective experience and interpersonal behavior in borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol*, 116(3), 578-588.
- Ryder, A. G., Costa, P. T., & Bagby, R. M. (2007). Evaluation of the SCID-II personality disorder traits for DSM-IV: coherence, discrimination, relations with general personality traits, and functional impairment. *J Pers Disord*, 21(6), 626-637.
- Sambrook, S., Abba, N., & Chadwick, P. (2007). Evaluation of DBT emotional coping skills groups for people with parasuicidal behaviours. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(2), 241-244.
- Schmahl, C., Herpertz, S. C., Bertsch, K., Ende, G., Flor, H., Kirsch, P., et al. (2014). Mechanisms of disturbed emotion processing and social interaction in borderline personality disorder: state of knowledge and research agenda of the German Clinical Research Unit. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, 1, 12.
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G. H., Reister, G., & Tress, W. (2000). The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): a German validation study. *Qual Life Res*, 9(2), 185-193.
- Selby, E. A., Braithwaite, S. R., Joiner, T. E., & Fincham, F. D. (2008). Features of borderline personality disorder, perceived childhood emotional invalidation, and dysfunction within current romantic relationships. *J Fam Psychol*, 22(6), 885-893.

Sharp, C., Ha, C., Carbone, C., Kim, S., Perry, K., Williams, L., et al. (2013).

Hypermentalizing in adolescent inpatients: treatment effects and association with borderline traits. *J Pers Disord*, 27(1), 3-18.

Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J., et al. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(6), 563-573.

Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder - theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 61-68.

Sinnaeve, R., van den Bosch, L. M. C., & van Steenbergen-Weijenburg, K. M. (2015). Change in interpersonal functioning during psychological interventions for borderline personality disorder - a systematic review of measures and efficacy. *Personality and Mental Health*, 9(3), 173-194.

Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebria, A., Barrachina, J., Campins, M. J., et al. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 353-358.

Stepp, S. D., Epler, A. J., Jahng, S., & Trull, T. J. (2008). The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. *J Pers Disord*, 22(6), 549-563.

Stepp, S. D., Hallquist, M. N., Morse, J. Q., & Pilkonis, P. A. (2011). Multimethod investigation of interpersonal functioning in borderline personality disorder. *Personal Disord*, 2(3), 175-192.

Stern, D. (2012). Daniel Stern's journey in infant psychiatry: interview by John A. Talbot. *J Nerv Ment Dis*, 200(12), 1105-1108.

- Striano, T. (2001). From social expectations to social cognition in early infancy. *Bull Menninger Clin*, 65(3), 361-370.
- Swenson, C. R., Sanderson, C., Dulit, R. A., & Linehan, M. M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatr Q*, 72(4), 307-324.
- Tucker, J. A., Cheong, J., Chandler, S. D., Crawford, S. M., & Simpson, C. A. (2015). Social networks and substance use among at-risk emerging adults living in disadvantaged urban areas in the southern United States: a cross-sectional naturalistic study. *Addiction*, 110(9), 1524-1532.
- Van Zalk, N., & Van Zalk, M. (2015). The importance of perceived care and connectedness with friends and parents for adolescent social anxiety. *J Pers*, 83(3), 346-360.
- Wagner, D., Rathus, J., & Miller, A. L. (2015). Reliability and validity of the Life Problems Inventory, a self-report measure of borderline personality features, in a college student sample. *J Psychol Psychother*, 199(5).
- Weissman, M. M., & Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch Gen Psychiatry*, 33(9), 1111-1115.
- Welch, S. S., & Linehan, M. M. (2002). High-risk situations associated with parasuicide and drug use in borderline personality disorder. *J Pers Disord*, 16(6), 561-569.
- Wikipedia, the free encyclopedia. (2016, 28.03.2016). Retrieved from [https://en.wikipedia.org/wiki/Diagnostic\\_and\\_Statistical\\_Manual\\_of\\_Mental\\_Disorder\\_s](https://en.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorder_s)
- Yen, S., Johnson, J., Costello, E., & Simpson, E. B. (2009). A 5-day dialectical behavior therapy partial hospital program for women with borderline personality disorder: predictors of outcome from a 3-month follow-up study. *J Psychiatr Pract*, 15(3), 173-182.

Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., et al.

(2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis*, 190(8), 510-518.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Vujanovic, A. A. (2002). Inter-rater and test-retest reliability of the Revised Diagnostic Interview for Borderlines. *J Pers Disord*, 16(3), 270-276.

Zeigler-Hill, V., & Abraham, J. (2006). Borderline personality features: Instability of self-esteem and affect. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(6), 668-687.

## **Appendix**

<b>Forsker</b>	<b>Type studie</b>	<b>BPF kartlegging smetode/ andre IK</b>	<b>Måling stidspunkt</b>	<b>Antall deltaker (i DAT)</b>	<b>Sammenligningsgruppe</b>	<b>Begrepsanvendelse Interpersonlig fungering</b>	<b>Type skala</b>	<b>Resultater</b>
Bohus et al. (2004)	DAT Mod. Inpatient 3 mnd. <i>RCT</i>	SCID-II og DIB-R*	Pre* og 4 mnd	60 (40) kvinner 18-44 år	20 på venteliste, mottok TAU*	Interpersonlig fungering og sosial tilpasning	GAF* og IIP*	Signifikant bedring hos DAT-gruppen. 42 % oppnådde klinisk tilfriskning
Pistorello et al. (2012)	DAT 1 år <i>RCT</i>	SCID-II: minst 3 borderline-trekk/ Suicidforsøk eller NSSI	Pre, 3, 6, 9, 12 og 6 mnd post	63 (31) college student 18-25 år	32 i TAU	Sosial tilpasning	SAS-SR*	Signifikant større bedring i sosial tilpasning sammenlignet med TAU-gruppen
Sambrook et al. (2007)	DAT FG* 18 uker <i>Naturalistisk</i>	Kun parasuicidal atferd	18 mnd pre- og i løpet av 18 påfølgende mnd	34 20-53 år (5 grupper)	Ingen	Sosial fungering	SAS*	Signifikant bedring i sosial fungering
Shearin & Linehan (1994)	DAT 1 år <i>RCT</i>	DSM-III krit + 7 av 10 på DIB/ Parasuicidalitet	Pre, 4, 8, 12 + 6 og 12 mnd post*	44 (22) Kvinner	22 i TAU	Global sosial tilpasning, interpersonlige relasjoner, interpersonlig problemløsnings (n= ca 11)	GAS + andre uspesifiserte + intervju	Signifikant bedring i alle variablene. Resultatene vedvarte over oppfølgingsperioden.



Forsker	Type studie	BPF kartlegging smetode/ andre IK	Måling stidspunkt	Antall deltaker (i DAT)	Sammenligningsgruppe	Begrepsanvendelse Interpersonlig fungering	Type skala	Resultater
Shearin & Linehan (1994)	DAT FG 1 år <i>RCT</i>	DSM-III kriterier + 7 av 10 på DIB/Parasuicidalitet	Pre, 4, 8 og 12 mnd + 6 og 12 mnd post	19 (11 mottok DAT FG OG vanlig individuell behandling)	8 mottok kun vanlig ind. behandling	Global sosial tilpasning, interpersonlige relasjoner med venner, interpersonlig problemløsning	Spørreskjema (GAS + andre uspesifiserte) og intervju	Ingen forskjell mellom gruppene på noen variabler
Soler et al. (2009)	DAT FG 13 uker <i>RCT</i>	SCID-II og DIB-R	Pre og post + annen hver uke	60 (29) 18-45 år	30 i Standard gruppe-terapi (Psykoanalytisk)	Interpersonlig sensitivitet Ustabile relasjoner	SCL-90R CGI-BPD*	Ingen signifikante forskjeller i interpersonlig sensitivitet eller ustabile relasjoner
Stepp et al. (2008)	DAT 1 år <i>Naturalistisk</i>	PAI-BOR* og SIDP-IV-BPD*	Pre + etter hver ferdighetsmodul (9 m)	27 16-61 år (63 % oppfylte kriterier for BPD) 83 % kvinner	Ingen	PAI-BOR: Negative relasjoner	PAI-BOR: Negative relasjoner	Signifikant reduksjon i subskalaene Negative relasjoner
Clarkin et al. (2007)	DAT 1 år <i>RCT</i>	DSM IV	Pre, 4, 8 og 12 mnd	90 (30) 18-50 år	30 i TFP og 30 i støttet terapi	Sosial tilpasning	GAF og SAS	Signifikant bedring i sosial tilpasning

<b>Forsker</b>	<b>Type studie</b>	<b>BPF kartlegging smetode/ andre IK</b>	<b>Måling stidspunkt</b>	<b>Antall deltaker (i DAT)</b>	<b>Sammenligningsgruppe</b>	<b>Begrepsanvendelse Interpersonlig fungering</b>	<b>Type skala</b>	<b>Resultater</b>
Linehan et al. (1994)	DAT 1 år <i>RCT</i>	DSM III-R, DIB og SCID-II/ Parasuicidal atferd	Pre, 4, 8 og 12 mnd	26 (13) 18-45 år Kvinner	13 i TAU	Interpersonlig fungering	SAS-Long int*, GAS*, SAS-SR, GSA*	Signifikant bedring i interpersonlig fungering (GAS og SAS-SR + tendens til bedre SAS-skårer enn TAU-gruppen.)
McMain et al. (2009)	DAT 1 år <i>RCT</i>	DSM-IV/ Suicidforsøk, parasuicidalitet	Pre, 4, 8 og 12 mnd	180 (90) 18-60 år	90 i generell psykiatrisk behandling for BPF	Interpersonlig fungering	IIP*	Signifikant bedring i interpersonlig fungering i begge gruppene.
McMain et al. (2012)	(DAT 1 år) 2 års oppfølgingsstudie	DSM-IV Suicidforsøk, parasuicidalitet	(6, 12) 18 og 24 mnd post	180 (90) 18-60 år	90 i generell psykiatrisk behandling for BPF	Interpersonlig fungering	IIP	Resultatene fra studien over, bedret seg ytterligere over 2-årsperioden med oppfølging.
McQuillan et al. (2005)	DAT Mod. 3 uker for BPF-pasienter i krise* <i>Naturalistic sk</i>	IPDESQ* (92 % møtte borderline-krit.)/ Nylig suicidal/parasuicidal atferd	Pre- og post	127 (87) 18-52 år 81 % kvinner	40 i annen terapi	Sosial fungering	SASS* (Skalaen ble lagt til etter at teapien hadde startet)	Ingen bedring i sosial fungering

Forsker	Type studie	BPF kartlegging smetode/ andre IK	Måling stidspunkt	Antall deltaker (i DAT)	Sammenligningsgruppe	Begrepsanvendelse Interpersonlig fungering	Type skala	Resultater
Miller et al. (2000)	DAT Mod. 3 mnd <i>Naturalistisk</i>	SCID II: Minst 3 borderline- trekk/ Nylig parasuicidal atferd/tanker	Pre- og post	33 (27 i analyse) 14-19 år (85 % jenter)	Ingen	Interpersonlige problemer	LPI*	Signifikant bedring i interpersonlige problemer
Rathus & Miller (2002)	DAT 3 mnd <i>Kvasieksp erimentelt</i>	SCID-II: Minst 3 borderline- trekk/ Nylig suicid- forsøk eller suicidale tanker.	Pre- og post	111 (29(13 m/LPI- skårer)) <b>DAT:</b> 93 % jenter Alders- snitt: 16 år 88 % m/BPF- diagnose	82 i TAU 73 % jenter Alders- gjennomsnitt: 15 år 15,8 % m/BPF- diagnose	Interpersonlige vansker	LPI	Signifikant reduksjon i interpersonlige vansker hos DAT-gruppen (n = 13). Disse skårene ble ikke sammenlignet med TAU pga ulike utg.punkt før behandling
Fassbinder et al (2007)	DAT Mod. 3 mnd Inpatient <i>Naturalistisk med oppfølging</i>	DSM- IV	Pre- og post + 15 og 30 mnd post	50 88 % kvinner	Ingen	Psykososial fungering	GAF	Signifikant bedring i psykososial fungering. Ytterligere bedring ved oppfølging.

<b>Forsker</b>	<b>Type studie</b>	<b>BPF kartlegging smetode/ andre IK</b>	<b>Måling stidspunkt</b>	<b>Antall deltaker (i DAT)</b>	<b>Sammenligningsgruppe</b>	<b>Begrepsanvendelse Interpersonlig fungering</b>	<b>Type skala</b>	<b>Resultater</b>
Fox et al. (2015)	DAT 1 år Naturalistisk (lav sikkerhetsavdeling på psyk. Sykehus)	DSM-IV	Pre, 6 og 12 mnd	18 Kvinner 18-45 år	Ingen	Sosial fungering  Forstyrrede relasjoner	GAF  ZAN-BPD*	Signifikant bedring i sosial fungering + signifikant reduksjon i forstyrrede relasjoner
Kroger et al. (2006)	DAT 3 mnd Inpatient Naturalistisk	SCID-II	Pre, post og 15 mnd post	50 88 % kvinner Alder: Snitt på 30, 5	Ingen	Psykososial fungering	GAF	Signifikant bedring i psykososial fungering, med ytterligere bedring ved oppfølging

- \*Pre: Initielt/før behandlingsstart
- \*Post: Rett etter endt behandling
- \*TAU: Treatment As Usual
- \*DAT FG: DAT ferdighetstreningsgrupper
- \*IK: Inklusjonskriterier
- \*GAF: Global Assessment of Functioning Scale
- \*IIP: Inventory of Interpersonal Problems
- \*SIDP-IV-BPD: Structured Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder Section
- \*DIB: Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorder
- \*DIB-R: Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorder-Revised Version
- \*GSA: Global Social Adjustment Scale
- \*GAS: Global Assessment Scale
- \*SAS-SR: Social Adjustment Scale – Self-Report
- \*SAS: (Work and) Social Adjustment Scale (intervju)
- \*CGI-BPD: Clinical Global Impression-Borderline Personality
- \*SAS-Long int: Social Adjustment Scale-Longitudinal Interval Follow-up Evaluation interview
- \*IIP: The Inventory of Interpersonal Problems
- \*SASS: Social Adaptation Self Evaluation Scale
- \*IPDESQ: International Personality Disorder Examination Screening Questionnaire
- \*SCL-90-R: The Symptom Checklist Revised
- \*LPI: Life Problem Inventory (60 spørsmål som måler alvorlighetsgrad av de 4 problemområdene i BPF)
- \*ZAN-BPD: Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder